



UNIVERSIDADE FEDERAL DO NORTE DO TOCANTINS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE ARAGUAÍNA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DEMANDAS POPULARES E
DINÂMICAS REGIONAIS -PPGDIRE

GILSON DE ARAÚJO SILVA

OS DESAFIOS SOCIOESPACIAIS DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE
NA REGIÃO MÉDIO NORTE ARAGUAIA

ARAGUAÍNA (TO)

2022

Gilson de Araújo Silva

**OS DESAFIOS SOCIOESPACIAIS DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE
NA REGIÃO MÉDIO NORTE ARAGUAIA**

Dissertação de Mestrado Acadêmico apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Demandas Populares e Dinâmicas Regionais da Universidade Federal do Norte do Tocantins como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Planejamento Urbano e Regional/Demografia.

Orientador: Profº. Drº. Luciano da Silva Guedes

Coorientadora: Profa. Dra. Priciane Cristina Correa Ribeiro

Área: Demandas Populares e Dinâmicas Regionais

Linha de Pesquisa: desenvolvimento e tecnologias sociais

ARAGUAÍNA (TO)

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

S586d Silva, Gilson .
OS DESAFIOS SOCIOESPACIAIS DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE
NA REGIÃO MÉDIO NORTE ARAGUAIA. / Gilson Silva. – Araguaína, TO,
2022.

86 f.

Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade Federal do Tocantins
– Câmpus Universitário de Araguaína - Curso de Pós-Graduação (Mestrado)
em Demandas Populares e Dinâmicas Regionais, 2022.

Orientador: Luciano da Silva Guedes

Coorientador: Priciane Cristina Correa Ribeiro

1. Região Médio Norte Araguaia. 2. Saúde. 3. Desenvolvimento. 4.
Equidade de Acesso e Vulnerabilidade Social. I. Título

CDD 711.4

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer
forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte.
A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184
do Código Penal.

**Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).**

OS DESAFIOS SOCIOESPACIAIS DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NA REGIÃO MÉDIO NORTE ARAGUAIA

Dissertação de Mestrado Acadêmico apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Demandas Populares e Dinâmicas Regionais da Universidade Federal do Norte do Tocantins como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Planejamento Urbano e Regional/Demografia.

Orientador: Profº. Drº. Luciano da Silva Guedes
Coorientadora: Profa. Dra. Priciane Cristina Correa Ribeiro

Área: Demandas Populares e Dinâmicas Regionais
Linha de Pesquisa: desenvolvimento e tecnologias sociais

Data da Aprovação: ____/____/____

Banca Examinadora:

Profº. Drº. Luciano da Silva Guedes (Orientador),
UNFT

Profº. Drº. Miguel Pacífico Filho (Examinador Interno) UNFT

Profº. Drº. Antônio José de Araújo Ferreira (Examinador Externo): UEMA

ARAGUAÍNA (TO)

2022

AGRADECIMENTOS

Seria inconcebível fechar este trabalho sem citar meus agradecimentos, certamente porque, ligado a essa linha de pesquisa, há um enredo de acontecimentos que me permitiu chegar até aqui, que não se limita há um grau de estudo, mas representa uma fase de vida, com o fechamento de um ciclo e abertura de um mundo de possibilidades.

Não é clichê, eu verdadeiramente agradeço a Deus de uma forma tão grande que não consigo descrever em curtas palavras. Minha mãe, Bete - Lene, tão distante, ficou feliz quando soube que eu havia passado na seleção do PPGDire, muito obrigado. Minhas tias que não disfarçaram a alegria. Também ao meu amigo Robson Sousa que presenciou todo o processo e me ajudou intensamente quando eu muito precisei. Não posso esquecer-me de meus professores de ensino fundamental e ensino médio que tanto perguntam por mim, que, além presenciarem meu crescimento físico, contribuíram para meu crescimento intelectual, obrigado professor Paulo Gomes, meu professor desde a terceira série fundamental, que me seguiu por tantos outros anos.

Sou muito agradecido à professora Priciane que acolheu minha proposta de pesquisa e me instruiu sabiamente. Mais que coorientadora, a tenho como amiga. Então, conheci o professor Luciano Guedes, outro divisor de águas, com sua forma elegante de instruir, muito obrigado por aceitar ser meu orientador. Aos professores do PPGDire, excelente equipe, recordarei sempre das aulas. Professora Telma, Miguel, Sabrina, João de Deus, Lylian e Maurício, com os quais frequentei mais disciplinas, me apeguei a vocês e lamento que o panorama de saúde pública, em relação à pandemia, nos manteve distantes, contudo conectados. E ao professor Antonio José de Araújo, muito obrigado pelo aceite em ser o examinador externo deste estudo, senti saudosismo quando soube que é professor da UEMA, universidade onde cursei enfermagem em 2006.

Meus colegas da IV turma PPGDire, o quanto eu aprendi com a nossa curta convivência, nos mantivemos conectados mesmo com as imposições da pandemia e me tocou a força de cada um em vencer essa fase, muito obrigado.

À Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína, na pessoa de Sandro, então sub secretário da saúde em 2020 e Lucas, superintendente da Atenção Básica da Saúde, que permitiram a liberação para eu frequentar as aulas à tarde na UFNT. À minha colega de trabalho e coordenadora imediata Erika Ferreira pela compreensão e ajuda, meu muito obrigado.

RESUMO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 representa uma conquista social da VIII Conferência da Saúde. Sua implantação foi viabilizada pela Constituição de 1988, que reconheceu a saúde como um direito universal, sendo uma necessidade básica de todo cidadão e um dever do Estado promovê-la. Entre os princípios do SUS têm-se a Universalidade, a Integralidade e a Equidade. Também há as diretrizes Regionalização e Descentralização. A Regionalização da saúde visa a promoção da acessibilidade aos serviços de saúde através da pactuação entre municípios e Estados para viabilizarem a aquisição e a implantação de serviços de saúde para a população adscrita a determinado território. A descentralização é outra diretriz que norteia a pactuação e participação dos Estados e municípios na gestão dos recursos a eles destinados, função exercida anteriormente apenas pela União. A consolidação do SUS é um processo que demanda anos e que se depara com desafios socioespaciais para a sua operacionalização, desafios estes que são alvos de políticas públicas idealizadas para nortear sua resolução, entre eles, a oferta de serviços de saúde desigual nos territórios, associadas à assimetria de desenvolvimento nas localidades. Esse Panorama influencia no fluxo populacional em busca pelos variados serviços presentes nos centros mais desenvolvidos, entre eles os da saúde, considerados de primeira necessidade e que, por essa justificativa, há a necessidade de estarem o mais próximo das comunidades que deles dependem. Contudo, os serviços de saúde estão concentrados nas cidades polos, que são referências nas Regiões de Saúde constituídas por variadas cidades e separadas da referência por distâncias, ora significativas, para serem percorridas por indivíduos em busca de atenção à saúde. Para verificar os desafios socioespaciais referentes à Regionalização da saúde na Região Médio Norte Araguaia, partiu-se das hipóteses que há fluxo populacional para a cidade de Araguaína das populações das cidades próximas em busca de atendimento aos serviços de saúde e que a diminuição da assimetria socioespacial intrarregional minimiza o fluxo populacional, garantindo maior equidade de acesso. Para tanto, elencou-se os objetivos, geral: caracterizar a Regionalização da Saúde da Região Médio Norte Araguaia e apontar as desigualdades socioespaciais intrarregional e seus reflexos no acesso aos serviços do SUS; específicos: 1- descrever a estrutura da saúde da Região Médio Norte Araguaia, visando entender se as diferenças socioeconômica entre os seus municípios, interferem no acesso à saúde e na promoção da vulnerabilidade; 2- identificar, por município, o levantamento de

indivíduos que buscam os serviços de saúde em Araguaína, bem como os principais serviços de saúde que estão atraindo a população dos municípios vizinhos; 3 - investigar como a densidade populacional e a distância podem se configurar como fatores desafiadores para o acesso aos serviços de saúde do SUS, na região do Médio Norte Araguaia. O estudo aconteceu a partir do levantamento de dados secundários das fontes IBGE, SESAU, SEMOS, SEPLAN, Ministério Público, HRA e HMA. A análise considerou o valor absoluto do levantamento, que se refere aos anos de 2019 e 2020, juntamente com as teorias da Totalidade de Milton Santos e Liberdades Substantivas de Amartya Sen, que permitiram concluir que há desvirtuamento dos princípios de equidade, integralidade e universalidade do SUS, associados à racionalidade burocrática e à assimetria de desenvolvimento intra regional, sendo a cidade de Araguaína o polo de referência para a Região de Saúde Médio Norte Araguaia, nela se concentram os serviços, instituições e profissionais da saúde. Também é a cidade mais desenvolvida do norte do Estado do Tocantins, fatores que a condicionam a ser ponto luminoso em relação às demais 16 cidades da mesma Região de Saúde e atrativa ao fluxo populacional, onde se presencia o crescimento demográfico induzido pela imigração. Em consequência, há uma implosão populacional e lento desenvolvimento das cidades próximas, devido ao potencial de competitividade, também o crescimento de espaços urbanos precários em Araguaína e a existência da vulnerabilidade social. Para uma melhor equidade de acessibilidade aos serviços de saúde ofertados pelo SUS, propõe-se uma revisão das diretrizes que norteiam a distribuição espacial dos mesmos afim de superar os desafios operacionais que implicam na limitação do acesso focando no estabelecimento da distância mínima para a existência de determinados serviços de saúde, afim de superar a assimetria distributiva existente.

Palavras Chaves: Região Médio Norte Araguaia, Saúde, Desenvolvimento, Equidade de Acesso, Vulnerabilidade social.

REANUDAR

La creación del Sistema Único de Salud (SUS) en 1988 representa una conquista social de la VIII Conferencia de Salud, su implementación fue posible gracias a la Constitución de 1988, que reconoció a la salud como un derecho universal, siendo una necesidad básica de todo ciudadano y un deber del Estado para promoverlo. Entre los principios del SUS están la Universalidad, la Integralidad y la Equidad. También están los lineamientos de Regionalización y Descentralización. La Regionalización en Salud tiene como objetivo promover la accesibilidad a los servicios de salud a través de convenios entre municipios y estados para facilitar la adquisición e implementación de servicios de salud para la población adscrita a un determinado territorio. La descentralización es otra directriz que orienta la concertación y participación de los Estados y municipios en la gestión de los recursos que les son destinados, función que antes sólo ejercía el Gobierno Federal. La consolidación del SUS es un proceso que lleva años y que enfrenta desafíos socioespaciales para su funcionamiento, desafíos que son objeto de políticas públicas diseñadas para orientar su resolución, entre ellos, la oferta desigual de servicios de salud en los territorios, asociado a la asimetría del desarrollo en las localidades. Este Panorama incide en el flujo poblacional en busca de los diversos servicios presentes en los centros más desarrollados, incluidos los servicios de salud, considerados de primera necesidad y que, por ello, existe la necesidad de estar lo más cerca posible de las comunidades que dependen de ellos. Sin embargo, los servicios de salud están concentrados en las ciudades polo, que son referencias en las Regiones de Salud constituidas por varias ciudades y separadas de la referencia por distancias, a veces significativas, que deben recorrer los individuos en busca de atención en salud. Para verificar los desafíos socio-espaciales en cuanto a la Regionalización de la salud en la Región del Medio Norte de Araguaia, se partió de la hipótesis de que existe un flujo poblacional hacia la ciudad de Araguaína desde las poblaciones de los municipios aledaños en busca de servicios de salud y que la reducción de la asimetría socioespacial intrarregional minimiza el flujo de población, asegurando una mayor equidad de acceso. Para ello, se enumeraron como objetivos generales: caracterizar la Regionalización de la Salud en la Región del Medio Norte Araguaia y señalar las desigualdades socioespaciales intrarregionales y sus efectos en el acceso a los servicios del SUS; específicos: 1- describir la estructura de salud de la Región del Medio Norte de Araguaia, con el objetivo de comprender si las diferencias socioeconómicas

entre sus municipios interfieren con el acceso a la salud y la promoción de la vulnerabilidad; 2- identificar, por municipio, la encuesta de personas que buscan servicios de salud en Araguaína, así como los principales servicios de salud que están atrayendo a la población de los municipios vecinos; 3 - investigar cómo la densidad de población y la distancia pueden configurarse como factores de desafío para el acceso a los servicios de salud del SUS en la región del Medio Norte de Araguaia. El estudio se basó en la recolección de datos secundarios de las fuentes IBGE, SESAU, SEMOS, SEPLAN, Ministerio Público, HRA y HMA. El análisis consideró el valor absoluto de la encuesta, que se refiere a los años 2019 y 2020, junto con las teorías de la Totalidad de Milton Santos y las Libertades Sustantivas de Amartya Sen, lo que permitió concluir que existe una distorsión de los principios de equidad, integralidad y universalidad del SUS, asociado a la racionalidad burocrática y la asimetría del desarrollo intrarregional, siendo la ciudad de Araguaína el centro de referencia de la Región de Salud del Medio Norte Araguaia, donde se concentran servicios, instituciones y profesionales de salud. Es también la ciudad más desarrollada del norte del Estado de Tocantins, factores que la condicionan a ser un punto luminoso en relación a las otras 16 ciudades de la misma Región de Salud y atractiva para el flujo de población, donde el crecimiento demográfico inducido por se presencia la inmigración. Como resultado, se produce una implosión poblacional y un lento desarrollo de las ciudades cercanas, debido al potencial de competitividad, así como el crecimiento de espacios urbanos precarios en Araguaína y la existencia de vulnerabilidad social. Para una mejor equidad de accesibilidad a los servicios de salud que ofrece el SUS, se propone una revisión de los lineamientos que guían la distribución espacial de los mismos con el fin de superar los desafíos operacionales que implican en la limitación del acceso centrándose en el establecimiento de la distancia mínima para la existencia de ciertos servicios de salud, con el fin de superar la asimetría distributiva existente.

Palabras clave: Salud, Desarrollo, Equidad de Acceso, Vulnerabilidad Social.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL	18
1.1 A Regionalização da Saúde no Tocantins.....	21
1.2 A Regionalização da Saúde e as Condições de Vulnerabilidade	30
1.3 A Regionalização da Saúde e Território.....	34
1.4 O planejamento da acessibilidade à saúde	38
2 METODOLOGIA.....	48
2.1 Local da pesquisa: Região Médio Norte Araguaia	48
2.2 Desenho do estudo e amostragem no banco de dados	50
2.3 Análise dos dados.....	53
3 RESULTADOS PARCIAIS.....	56
3.1 O Índice de desenvolvimento Regional na Região Médio Norte Araguaia.....	56
3.2 A distribuição populacional e a distância entre os municípios da Região da Saúde Médio Norte Araguaia.....	58
3.3 A distribuição dos serviços de saúde na Região de Saúde Médio Norte Araguaia.....	59
3.4 A demanda de atendimento na Região de Saúde Médio Norte Araguaia.....	67
3.5 As judicializações na Região da Saúde Médio Norte Araguaia.....	72
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	78
REFERÊNCIAS.....	80

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Deslocamentos para serviços de saúde de baixa e média complexidade Brasil – 2018.....	28
Figura 2 - Araguaína / TO, Capital Regional C.....	43
Figura 3 - Regiões da Saúde do Tocantins, destacando a Região Médio Norte Araguaia.....	49
Mapa 1 - Mapa do alcance da Rede Hospitalar.....	60
Mapa 2 - Fluxo Populacional na Região Médio Norte Araguaia, conforme a demanda de atendimentos nos serviços de saúde, 2019 – 2020.....	70
Quadro 1 - Classificação dos serviços de saúde presentes na Região Médio Norte Araguaia conforme a grau de complexidade.....	22
Quadro 2 - Resumo dos dados secundários levantados.....	52
Quadro 3 – Distribuição dos serviços de saúde na Região Médio Norte Araguaia conforme a grau de complexidade.....	65
Imagem 1 - Ação judicial para o acesso à UTI.....	74

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – População por município, Região Médio Norte Araguaia, Tocantins, 2010 e 2021, e distância em relação ao município de Araguaína (Referência regional).....	28
Tabela 2 - Número de Estabelecimentos de Saúde na cidade de Araguaína - 2019 e 2021.....	61
Tabela 3 - Número de Leitos de Internação Hospitalar na cidade de Araguaína - 2019 a 2021.....	61
Tabela 4 – Quantitativo de Clínicas, médicos e hospitais nas cidades da Região Médio Norte Araguaia.....	67
Tabela 5 – Distribuição dos atendimentos ofertados no município de Araguaína para as especialidades, com referência aos dados da Regulação Municipal nos anos 2019 e 2020.....	68
Tabela 6 – Distribuição dos atendimentos das especialidades aos municípios da Região Médio Norte Araguaia em Araguaína, com referência aos dados da Regulação Municipal nos anos 2019 e 2020.....	68
Tabela 7 - Levantamento do quantitativo de atendimentos realizados pelo Hospital Regional de Araguaína, com relação à origem do paciente, referente aos anos 2019-2020.....	70
Tabela 8 - Levantamento do quantitativo de atendimentos realizados pelas especialidades Ortopedia, Clínica Médica e Urgência do Hospital Regional de Araguaína, com relação à origem do paciente, referente aos anos 2019-2020.....	71
Tabela 9 - Casos judicializados ao Ministério Público do Tocantins requerendo o acesso ao serviço de saúde ofertado em Araguaína nos anos 2019 e 2020.....	74
Tabela 10 - Principais casos de judicialização para o acesso aos serviços de saúde em Araguaína, com origem de outras cidades, referentes aos anos 2019 e 2020.....	75

LISTA DE SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde
CNS	Cartão Nacional da Saúde
CGR	Colegiados de Gestão Regional
ESF	Estratégia Saúde da Família
HPP	Hospitais de Pequenos Portes
HRA	Hospital Regional de Araguaína
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDR	Índice de Desenvolvimento Regional
IPVA	Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
INPS	Instituto Nacional de Previdência social
NAT	Núcleo de Apoio Técnico
NOB	Norma Operacional Básica
NDJ	Núcleo de Demanda Judiciais
PPI	Plano de Pactuação Intergestores
PIB	Produto Interno Bruto
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESAU/TO	Secretaria da Saúde do Estado do Tocantins
SEPLAN	Secretaria do Planejamento e Orçamento
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UBS	Unidade Básica de Saúde

INTRODUÇÃO

O SUS é constituído a partir de preceitos incluídos na constituição de 88 e à luz do artigo 198, que define que as ações e serviços de saúde devem ser organizados por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada, sendo os princípios deste sistema a Universalidade, a Integralidade e a Equidade, dos quais também se destacam a descentralização e a participação comunitária (BRASIL, 2001).

Conforme destaca Amaral Filho (2008), o Sistema Único de Saúde (SUS) foi oficializado nas primícias da descentralização das ações e serviços de saúde por meio do princípio da territorialização para a organização em Regiões e Redes na promoção da universalidade, integralidade e equidade para o acesso à saúde. Os municípios e Estados assumiram participação significativa na gestão dos recursos, podendo elencar estratégias para a superação das dificuldades na oferta de serviços de saúde como o estabelecimento de consórcios por grupos de municípios para a criação de redes no compartilhamento por serviços de saúde, que pela onerosidade ou pela pouca demanda, poderiam ser inviáveis para a múltipla implantação, originando – se a Regionalização da Saúde, que, para promover o acesso da população aos variados serviços de saúde, necessita contornar, e ora se adequar, aos desafios políticos, geográficos, culturais, econômicos e burocráticos para a sua efetivação.

De acordo com Santos (1994), a organização do território, do espaço e do lugar precede as políticas públicas para a implantação de um desenvolvimento que não satisfaz o acesso igualitário da população aos serviços ofertados pelo Estado, visto que são conduzidas pela racionalidade do capital, além da busca da supressão do local pela cultura global.

Partindo-se da racionalidade do capital citada pelo autor, pode-se compreender que são muitos os fatores que condicionam a acessibilidade. A formação de barreiras burocráticas entre os territórios é pontuada por Santos (1994), que a traduz como negativa no sentido de desafiar o acesso livre da população aos serviços de saúde. Contudo, ao colocar na balança o ideal de acesso e os seus custos, há um peso maior para a questão econômica viabilizar a implantação dos serviços ofertados pelo Estado. E, por fim, buscam implantar as políticas públicas desenvolvidas sob outras realidades, em locais cujas características socioespaciais limitam esse processo, como a distribuição dos serviços de saúde que induz a dependência entre as cidades.

Antes da idealização do Sistema Único de Saúde – SUS, a saúde pública no Brasil se caracterizava pela centralização federal na administração dos serviços de saúde ofertados à população (DOURADO; ELIAS, 2011). Segundo Menicucci (2014), alguns programas foram

idealizados buscando o gerenciamento dos recursos da saúde, porém, com pouca participação dos Estados e municípios e sua alocação desconsiderava as peculiaridades epidemiológicas, geográficas e culturais para os distintos territórios, principalmente os mais afastados dos centros urbanos, o que culminava no acesso desigual a estes serviços e refletindo-se na pouca qualidade de vida e aos riscos de adoecimento elevado da população, considerando o pouco acesso à saúde pública básica.

A diretriz Regionalização do SUS no Brasil tem se destacado como forma de promover e viabilizar o acesso de usuários desse sistema de saúde a serviços cuja demanda é pequena em determinados territórios (BRASIL, 2011). Sua efetivação ocorre através de uma aliança entre os municípios que passam a requisitar recursos dentro da hierarquia administrativa da união, de acordo com a complexidade dos serviços desejados. Esse grau de complexidade passa a corresponder a determinados territórios como forma de referenciar clientes originários dos municípios adjacentes. A regionalização se destaca como uma estratégia de acesso à resolutividade de problemas que não sejam tão frequentes a determinados municípios, mas que são acessados devido ao compartilhamento entre os mesmos.

Conforme Conasems (2019), a regionalização da saúde preconiza que todos os municípios ofertem os serviços da atenção primária à saúde, que são estratégicos e demandam menos custos, considerando a demanda identificada conforme a demografia e à epidemiologia vivenciada. Dessa forma, diminuiu-se a emigração das comunidades para outros territórios em busca de atendimentos básicos, readequando o fluxo somente quando há demanda de um serviço não existente na localidade, especialmente a atenção secundária e terciária à saúde, que implicam maiores custos para a sua implantação. Porém, previamente pactuados com outros municípios, no sentido de eliminar as barreiras resultantes do não compartilhamento entre eles, considerando que envolve alocação de recursos relacionados aos atendimentos.

Com o plano engajador de conhecer a realidade sobre a efetivação da regionalização da saúde na Região Médio Norte Araguaia, promoveu-se a identificação e discussão das desigualdades socioespaciais, a influência da racionalidade capitalista, a concepção de território e teorias da vulnerabilidade, que permitem entender e implementar ações que possibilitem a superação da exclusão de populações vulneráveis.

Os arranjos selecionados para a realização desta pesquisa foram a acessibilidade aos serviços de saúde na Região Médio Norte Araguaia e os desafios socioespaciais neste território. Como efeito instigador, construção analítica e elemento condutor da reflexão do estudo desenvolvido, elencou-se a questão norteadora: Como a distribuição espacial desigual dos serviços de saúde na Região Médio Norte Araguaia desencadeia o processo de migração

para a cidade de Araguaína e como esse fenômeno social atua no comprometimento do bem estar da população?

Neste sentido, este trabalho partiu das hipóteses que há fluxo populacional para a cidade de Araguaína das populações das cidades próximas em busca de atendimento aos serviços de saúde nos níveis de atenção secundário e terciário, compreendidos como aqueles de maiores complexidades, ofertados em instituições de saúde e que demandam maiores custos, cuja intervenção médica é mais presente, como reflexo do desenvolvimento desigual dos municípios na Região da Saúde Médio Norte Araguaia e que a diminuição da assimetria socioespacial intrarregional minimiza o fluxo populacional, garantindo maior equidade de acesso.

Com o propósito de buscar responder aos questionamentos das referidas hipóteses, procuramos selecionar um referencial teórico coeso que tornasse possível a realização deste estudo, para tanto, selecionamos conceitos e abordagens teóricas que permitissem o alcance de nossos objetivos.

A organização do referencial teórico deste estudo considerou a concepção do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua diretriz Regionalização, como é implementada no Tocantins e nas de regiões de saúde neste território, as teorias sobre vulnerabilidade social e seu condicionamento pela diferença de desenvolvimento e acessibilidade à saúde nas localidades, a relação entre a concentração da oferta de serviços na cidade de Araguaína com o processo de migração, a representatividade econômica de Araguaína para a região Médio Norte Araguaia e a influência que exerce na distribuição dos serviços de saúde, também, como a presente distribuição espacial dos serviços de saúde culmina ao acesso desigual, promovendo a alienação de direitos imposta pela racionalidade burocrática.

Para tanto, elencou-se os objetivos, geral: caracterizar a Regionalização da Saúde da Região Médio Norte Araguaia e apontar as desigualdades socioespaciais intrarregional e seus reflexos no acesso aos serviços do SUS; específicos: descrever a estrutura da saúde da Região Médio Norte Araguaia, visando entender se as diferenças socioeconômica entre os seus municípios, interferem no acesso à saúde e na promoção da vulnerabilidade; identificar, por município, o levantamento de indivíduos que buscam os serviços de saúde em Araguaína, bem como os principais serviços de saúde que estão atraindo a população dos municípios vizinhos; investigar como a densidade populacional e a distância podem se configurar como fatores desafiadores para o acesso aos serviços de saúde do SUS, na região do Médio Norte Araguaia.

Dessa forma, resolvemos estudar como aconteceu a concepção do Sistema Único de Saúde e seus postulados operacionais para a regionalização da saúde e como acontece no Estado do Tocantins. Buscamos informações de como estão distribuídas as regiões de saúde no Estado e como é organizada a Região Médio Norte Araguaia, as cidades de sua abrangência, as distâncias para a cidade de Araguaína, as populações, a distribuição dos serviços de saúde intrarregional, bem como os desafios potenciais para o acesso desses serviços.

As principais categorias que foram utilizadas no decorrer do estudo foram: A idealização da regionalização da saúde e organização espacial dos serviços de saúde e a atração que a cidade de Araguaína exerce na Região.

O presente estudo está dividido em três capítulos, para distribuição da temática e subtópicos para melhor compreensão das variáveis abordadas, considerando os muitos fatores relacionados à migração, urbanização, distribuição dos serviços de saúde, acessibilidade, desenvolvimento econômico e alienação de direitos.

O primeiro capítulo versa a respeito da concepção do SUS e da diretriz Regionalização da Saúde, a formação da Região Médio Norte Araguaia, a organização da rede de serviços de saúde intra regional, os efeitos urbanos associados ao desenvolvimento econômico para distribuição dos serviços de saúde e ao processo de migração e acessibilidade. Discute as teorias do espaço, territorialidade, equidade, marginalização social, vulnerabilidade social e liberdades substantivas.

No segundo capítulo é apresentada a metodologia da pesquisa, incluindo a caracterização do local de estudo e a identificação das fontes onde foram levantados os dados secundários, além dos instrumentos de análise destes dados.

No terceiro capítulo apresenta os dados resultantes do levantamento, associando-os com as bases teóricas abordadas, pautando os achados com os objetivos elencados. Nele, apresentados a representatividade da cidade de Araguaína na Região Médio Norte Araguaia, os números de atendimentos de pacientes das demais cidades que constatam o processo de migração e que ajuizaram ao Ministério Público para terem o acesso garantido, o que evidencia a alienação de direitos e liberdades. Também a relação destes com a distribuição dos serviços de saúde nas cidades na mesma região de saúde e estabelecimento de diálogos dos dados com as teorias, na busca por evidências das vulnerabilidades sociais no espaço estudado.

Por fim, destacamos que a formação de territórios, como as Regiões de Saúde, não atende ao princípio de equidade, que, longe de promover a acessibilidade, proposta pela

Regionalização, conduz à formação de barreiras burocráticas, que, na Região Médio Norte Araguaia, vulnerabilizam a população das cidade mais distantes que precisam se descolar por variadas distâncias para o acesso desses serviços, fato que seria solucionado com a melhor distribuição espacial destes serviços de saúde, com menor concentração na cidade polo de Araguaína.

1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

O Brasil é um país em desenvolvimento que vem buscando a organização dos sistemas: econômico, de educação e saúde. A sua unidade territorial é um desafio para sua estruturação, desenvolvimento e para proporcionar qualidade de vida à sua população. Nesse aspecto, a saúde tem sido pauta de discursões quanto à acessibilidade aos serviços de saúde (CAMPOS, 2003).

Dos movimentos relacionados à construção de um sistema de saúde, com o foco na acessibilidade, tem-se registro da primeira iniciativa para a organização de um sistema de saúde, a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) em 1923. Em 1933, as CAPs deram lugar a uma nova modalidade de organização da Assistência à Saúde, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Em 1966, o Ministério da Saúde criou o Instituto Nacional de Previdência social (INPS) através da unificação dos IAPs, responsável tanto pelas aposentadorias e pensões quanto pela assistência à saúde dos trabalhadores segurados. A limitação da cobertura da assistência do INPS promoveu ao surgimento de várias propostas até a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), que até então não tinha sido implementado devido aos moldes da constituição, que ainda não considerava a saúde como um direito de todos (ANDRADE, 2007).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é considerado uma conquista social da 8ª Conferência da Saúde visando tornar a saúde como um direito de todos e dever do Estado, como prega o art. 196 da Constituição Federal de 1988, que viabilizou o acesso universal. Sua idealização permitiu a superação da pouca cobertura dos planos de saúde precedentes. Os princípios doutrinários incluíram a Universalidade, a Integralidade e a Equidade. E para operacionalização de tais princípios, foram delineadas as diretrizes Regionalização e Descentralização (BRASIL 2001).

O termo regionalização não é uma denominação recente, apesar de ser uma política contemporânea. Rabayo (1977) definiu que a regionalização da assistência à saúde é a busca de melhor distribuição técnica, espacial, científica e operacional das ações de saúde distribuídas em níveis de atenção articulados entre si com a melhor eficiência, eficácia e efetividade dos serviços e com impacto epidemiológico e social.

Na concepção de Brasil (2001), a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) define a regionalização como macroestratégia de reorganização assistencial: “a

macroestratégia de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado de maneira a conformar sistemas funcionais de saúde, ou seja, redes articuladas, territórios delimitados e populações definidas, dotadas de mecanismos de comunicação e fluxos de inter-relacionamentos que garantam o acesso dos usuários às ações e serviços de níveis de complexidade necessários para resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis”.

Barrenechea e Trujillo Uribe (1987) afirmam que a combinação de níveis de atenção e escala de complexidade, e a articulação destes, são essenciais à regionalização funcional do sistema de saúde, a qual é condição necessária para assegurar a máxima acessibilidade da população aos serviços de saúde.

Os recursos referentes à regionalização, hierarquização e integralidade da assistência em saúde, encontram-se incorporados desde 1988 na Constituição Federal. Com a NOAS SUS 01/2002, verificasse um esforço para regionalização e hierarquização do sistema, visando à organização do SUS, segundo seus princípios de acessibilidade e equidade.

A implantação das Normas Operacionais Básicas dos Sistema Único de Saúde (NOB 01/93 e NOB 01/96) desencadeou um processo de descentralização intenso, transferindo para os estados e, principalmente, para os municípios, um conjunto de responsabilidades e recursos para a operacionalização do Sistema Único de Saúde (BRASIL 2001).

O objetivo geral da NOAS SUS 01/02 é: “*Promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção*” (BRASIL, 2002).

Um dos objetivos da regionalização da saúde em um estado é o melhoramento do fluxo de pacientes que não encontram o procedimento médico em sua cidade (BRASIL, 2002). Teixeira (2002) destaca que essa Norma Operacional objetiva ampliar a responsabilidade dos municípios na atenção básica, definir o processo de regionalização, criar mecanismos para o fortalecimento da gestão do SUS e atualiza os critérios de habilitação de Estados e Municípios. Porém, a NOAS vem recebendo críticas referentes à concepção de integralidade da assistência à saúde, a qual é colocada na perspectiva do cuidado médico individual, curativo, numa visão regionalizada de oferta de serviços voltados ao atendimento de uma demanda, o seja, uma concepção que se limita à garantia da assistência médica e não à integralidade da atenção à saúde.

No processo de regionalização, os municípios que têm maior população são os que mais alocam recursos para a implantação de maior grau de complexidade e resolutividade em saúde. No Brasil, poucos municípios contam com população suficiente para que se justifique a oferta de todos os níveis de complexidade que um sistema de atendimento integral exige (TEIXEIRA et al 2002). A oferta de serviços especializados muitas vezes exige escala de produção incompatível com a demanda da população local residente. E neste sentido, os pequenos municípios estão sujeitos a fazerem articulações com outros que enfrentam a mesma situação, e, portanto, suas populações, que não dispõem de serviços especializados e de fácil acesso, buscam esse acesso por longas distâncias onde estes são ofertados.

De acordo com Brasil (2001), existem, no país, milhares de municípios pequenos demais para gerirem, em seu território, um sistema de saúde completo, ou seja, capaz de oferecer ações de todos os níveis de complexidade, assim como existem dezenas de maior porte que são polos de atração regional. Da mesma forma, nas áreas contíguas às divisas interestaduais, é frequente que a rede de serviços de saúde deva se organizar com unidades situadas em ambos os lados da demarcação político-administrativa. Qualquer solução para esses problemas não pode passar por restrições burocráticas de acesso, para garantir a universalidade e a integralidade do SUS e evitar a desintegração organizacional e a competição entre órgãos gestores e o conseqüente risco de atomização do SUS em milhares de sistemas locais e ineficientes.

Para Somers & Somers (1977) a regionalização é um sistema formal de alocação de recursos com uma apropriada distribuição geográfica das instalações de saúde, dos recursos humanos e programas, de forma que as diferentes atividades profissionais cubram todo o espectro da atenção compreensiva, primária, secundária, terciária e de longa permanência, com todos os acordos, conexões e mecanismos de referências necessários, estabelecidos para integrar vários níveis e instituições em um conjunto coerente e capaz de servir a todas as necessidades dos pacientes, dentro de uma base populacional definida.

O gestor estadual desempenha um papel fundamental na garantia de acesso da população aos serviços não disponíveis em seu município de residência mediante coordenação da organização de um sistema de referência que utilize os mecanismos e instrumentos necessários compatíveis com a condição de gestão dos municípios partícipes, observando o Teto Financeiro da Assistência do Estado (BRASIL, 2001).

Com a implantação das diretrizes que regem a regionalização, são avaliados os obstáculos à sua efetividade que são pontos definidos para serem superados pelos gestores de toda a hierarquia do sistema de saúde. Brasil (2001) aponta que, do próprio avanço da

descentralização, surgiram as demandas para o enfrentamento desses problemas/obstáculos, dentre os quais já podem ser identificados os relacionados a: divisão de responsabilidades entre estados e municípios, processo de habilitação, financiamento do sistema, planejamento e organização funcional do sistema, resolutividade e acesso aos serviços, monitoramento e avaliação contínua de desempenho, processo de habilitação das Secretarias Municipais de Saúde e transferência fundo a fundo.

Contudo, não é definida uma forma de realização do planejamento padronizado, deixando esta tarefa ao encargo dos próprios municípios. O grande problema encontrado para a regionalização da saúde é a forma de como realizar as pactuações entre cidades, ou seja, de como dividir o Estado em regiões que realmente garantam o acesso à saúde para a população. Assim, os municípios veem-se sujeitados a buscarem serviços através de alianças ambíguas e expostas a modificações que não convém com os princípios doutrinários do SUS, impactando, na população, os impasses administrativos intermunicipais (OLIVEIRA 2005).

Por isso, valoriza-se a iniciativa coletiva dos municípios com esforços para equilíbrio na efetivação da regionalização, pois segundo Barrenechea e Trujillo Uribe (1987), a combinação dos níveis de atenção e escala de complexidade, e a articulação destes, são essenciais à regionalização funcional do sistema de saúde, a qual é condição necessária para assegurar a máxima acessibilidade da população aos serviços de saúde.

1.1 A Regionalização da Saúde no Tocantins

De acordo com a Sesau (2020), a primeira regionalização no Estado do Tocantins aconteceu em 2002 com a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), aprovada na Comissão Intergestores Bipartite – TO, onde se definiu o Plano Diretor de Regionalização – PDR composto por duas macrorregiões com polos em Araguaína e Palmas e mais seis microrregiões.

Apesar dos postulados do SUS promoverem a Regionalização desde 1988, Pestana; Mendes (2004) informam que, no mínimo, uma década se passou sem que esse processo fosse implementado na prática norteadora da organização dos serviços de saúde no Brasil, fato comum também ao Estado do Tocantins, que, associado ao recente histórico de emancipação política e autonomia administrativa, não estava estruturado para a formação de polos regionais de saúde com capacidade de alcance das comunidades, coexistindo pequenas estruturas prevalecentes do norte do antigo Goiás. Até então, nas décadas de 1980 e 1990, a cidade de Araguaína era a que possuía a mais expressiva rede hospitalar.

De acordo com Ianni, *et al* (2012), esse panorama da distribuição dos serviços de saúde concebeu à iniquidade relacionada à oferta e ao acesso entre e intra regiões de saúde brasileiras, além da fragmentação do sistema, que permeados pela onerosidade demandada pela nova realidade administrativa da saúde dificultou sua implantação em curto período, demandando décadas para seu enraizamento às regiões com menor desenvolvimento, principalmente às cidades não polos e localizadas em territórios distantes.

Com o Pacto pela Saúde, promovido pelo Ministério da Saúde em 2006, no qual o Tocantins foi o primeiro a aderir, a cooperação entre as esferas do governo foi reafirmada para a organização dos serviços de saúde fundamentada no perfil epidemiológico, sócio econômico e cultural, estabelecendo assim o 2º redesenho da Regionalização das ações e serviços de saúde que operacionalizou por meio da conformação de 15 Regiões de Saúde no ano de 2007. Neste contexto, surgem os Colegiados de Gestão Regional – CGR como instâncias de cogestão, redefinindo as Políticas de Saúde no espaço regional (SESAU, 2020).

Buscando atender ao Decreto n.º 7.508/2011, a Região de Saúde tem a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Sesa (2020) apresenta que o território foi remodelado, diminuído para 08 regiões de saúde: Médio Norte Araguaia, Capim Dourado, Cantão, Amor Perfeito, Ilha do Bananal, Cerrado Tocantins Araguaia, Médio Norte Araguaia, Bico do Papagaio e Sudeste, consoante a Resolução CIB-TO N° 161/2012.

Também, a definição de cinco eixos com ações e serviços de saúde mínimos para cada região: a atenção primária que abrange a Estratégia Saúde da Família, a urgência e emergência que corresponde ao pronto Socorro funcionando 24 horas, todos os dias da semana com cirurgião geral e atendimento obstétrico de risco habitual (cesárea) na região; a atenção psicossocial com pelo menos um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na região, a atenção ambulatorial especializada e hospitalar com atendimento ambulatorial em clínica médica e cirurgia geral e hospitalar nas clínicas médicas, cirúrgicas e obstétricas e a vigilância em saúde constituída legalmente em cada município, e organizando as Redes de Atenção à Saúde no território Estadual, como forma de superar a fragmentação dos serviços de saúde implantados e de organizar um sistema que garanta o acesso da população a um serviço de qualidade e em tempo oportuno (Quadro 1).

Quadro 1 – Classificação dos níveis de atenção à saúde conforme a complexidade.

Complexidade	Função	Estabelecimentos onde é promovida
	Porta de entrada do SUS:	Unidade Básica

Atenção Primária	Consultas de baixa complexidade, cuja intervenção é a profilaxia de agravos à saúde. A educação em saúde junto à comunidade com o estabelecimento de atenção aos grupos estratégicos como Saúde na escola, visitas domiciliares, etc.	de Saúde (UBS)
Atenção Secundária	Atendimentos às médias complexidades, com intervenção às morbidades passíveis de internações hospitalares. Nesse nível há maior custo que a atenção primária e envolve a intervenção de um serviço especializado, ora classificado como urgências.	Unidade de Ponto Atendimento (UPA); Ambulatórios de Especialidades; Hospitais de Pequeno Porte Hospitais de Baixa complexidade.
Atenção Terciária	Neste nível, cuja complexidade é a maior e referência ao nível secundário, pois há o emprego de tecnologias e especialidades de maiores custos para manutenção dos sinais vitais do indivíduo atendido.	Serviço de Atenção Móvel de Urgência (SAMU); Hospitais de Alta Complexidade; Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Fonte: Sesau 2019, adaptado pelo autor.

Porém, o processo de Regionalização no estado do Tocantins, conforme, tem se deparado com desafios relacionados à dificuldade dos municípios em assumirem algumas responsabilidades na organização das redes temáticas, possivelmente pela falta de diretrizes para a descentralização e de um financiamento suficiente para custeio destas unidades, o que ocasiona uma concentração de recursos na gestão estadual (SESAU, 2020).

Nessa perspectiva, a mesma fonte informa que o estado do Tocantins busca promover a capacidade de gestão e operacionalização da saúde nos municípios, contribuir para a organização dos serviços de média e alta complexidade ambulatorial nas regiões de saúde, visando à melhoria do acesso da população e ofertar serviços de saúde mais próximos dos usuários.

A superação desses desafios e o avanço na qualificação da atenção e da gestão em saúde requer forte decisão dos gestores do SUS, enquanto protagonistas do processo de instituir e organizar o sistema de saúde. Essa decisão envolve aspectos técnicos, éticos, culturais, mas, principalmente, implica no cumprimento do pacto político cooperativo entre as instâncias de gestão do Sistema, expresso por uma "associação fina da técnica e da política", para garantir os investimentos e recursos necessários à mudança.

Conforme Sesau (2020), No segundo quadrimestre de 2018, a gestão estadual, por intermédio da regulação, assumiu os serviços de saúde de alta complexidade nas duas macrorregiões: a oncologia que consiste na oferta de quimioterapia (ambulatorial e hospitalar); radioterapia (ambulatorial e hospitalar); e cirurgia oncológica; a cardiologia relacionada à cirurgia cardíaca; atenção materno infantil sendo o parto de alto risco e Unidade de Terapia Intensiva - UTI neonatal tipo II para recém-nascido grave ou potencialmente grave. Sendo estes serviços custeados pelo Estado.

Fazendo parte da Macrorregião Norte, segundo Sesau (2019), a Região Médio Norte Araguaia, com sede em Araguaína, abrange 17 municípios: Aragominas, Araguaína, Araguanã, Babaçulândia, Barra do Ouro, Campos Lindos, Carmolândia, Darcinópolis, Filadelfia, Goiatins, Muricilândia, Nova Olinda, Pau D'Arco, Piraquê, Santa Fé do Araguaia, Wanderlândia e Xambioá, onde vivem aproximadamente, segundo IBGE (2015), 289.511 habitantes.

O Hospital Regional Araguaína é o principal Hospital de Referência Estadual em Saúde para essa região. A mesma fonte aponta que nos dias atuais a Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins é a maior ofertante da assistência ambulatorial e hospitalar no Estado: Gerenciando 67% dos leitos SUS do Estado, executando de 85% das internações no Estado, com seu orçamento total executa mais de 50% na remuneração de profissionais (em 2014, 54%) e com o orçamento do Tesouro executou em 2014, 74,53% na remuneração de profissionais; 25,34% no custeio e 0,13% em investimentos.

Também executa mais de 80% do total geral do orçamento na sub função da assistência hospitalar e ambulatorial (88,18% em 2014), destina mais de 60% de Recursos Próprios na assistência hospitalar e ambulatorial (61,10% em 2014). O que demonstra a dependência dos municípios em relação ao Estado na baixa, média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, denotando uma descentralização lenta e desafiadora do SUS no Estado. Como resultado desse processo, a cidade de Araguaína concentra a rede hospitalar como sede para a Macrorregião 1. A Macrorregião 2 tem como cidade de referência a capital

Palmas. Essas cidades influenciam na acessibilidade aos serviços de saúde, com expressiva interação com os territórios em sua volta.

Sesau (2012) relata ainda que os municípios localizados nessa região, premidos pela necessidade de garantir assistência à saúde aos usuários do SUS e diante das especificidades que caracterizam esta Região, em Particular a Região Norte, (extensa área territorial, dificuldade de acesso, baixa densidade demográfica, ausência de especialidades médicas, baixa densidade tecnológica, transporte sanitário deficiente) têm sido obrigados a dispender mais recursos para o setor do que a média das cidades brasileiras, o que demanda maior necessidade de verbas para o custeio dos serviços de saúde, mesmo sendo estes classificados como básicos, considerando o perfil de cada município.

Destaca também que a consequência deste cenário é o estrangulamento orçamentário e financeiro na Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins, bem como nas Secretarias Municipais, na manutenção das ações e serviços de saúde, sobretudo no âmbito hospitalar, defasando a atenção primária que atua na profilaxia de agravos à saúde, levando à prevalência de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva, forte predominância relativa das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como tabagismo, sobrepeso, inatividade física, uso excessivo de álcool e outras drogas e alimentação inadequada, além do crescimento das causas externas e da população que demandam maiores investimentos desproporcionais à arrecadação.

De acordo com Sesau (2019), a judicialização da saúde é outro grande desafio aos gestores com relação ao orçamento programado, visto que, devido à dificuldade dos municípios em ofertarem integralmente os serviços de saúde à crescente demanda, muitos usuários buscam o Poder Judiciário como forma de agilizar o acesso ao serviço de saúde, o que compromete outros serviços que estavam programados para receberem recursos.

A mesma fonte não ver neste trâmite somente com aspectos negativos, considerando o valor à vida humana, porém pontua a necessidade de organização das instituições na oferta dos serviços de saúde para evitarem a judicialização. Em face desta realidade, surgiu a necessidade de implementação de núcleos que possibilitassem o apoio a esta tendência, quais sejam: 1) NAT – Núcleo de Apoio Técnico, que tem como objetivo fornecer aos Juízes e Desembargadores apoio técnico de enfermeiros e farmacêuticos, que viabilizasse a análise de demandas postas ao Poder Judiciário para parecer técnico; 2) Núcleo de apoio à Procuradoria Geral do Estado, para viabilização de eficiência na defesa do Estado; e 3) NDJ - Núcleo de Demanda Judiciais, o qual atua diretamente junto a Secretaria de Saúde.

Conforme Sesau (2019), o empenho da gestão para garantir à população o direito à saúde com acesso resolutivo de qualidade e em tempo oportuno, o Decreto 7.508/2011 introduziu o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP) para expressar os acordos interfederativos referentes à organização e integração de ações e serviços de saúde no âmbito regional. Em relação à regionalização, utilizou-se os elementos do conceito apresentado na Portaria GM Nº 399 de 22/02/06 que trata do Pacto pela Saúde definindo a região de saúde como o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas, sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Ressalta ainda que a implantação do referido decreto exigirá o aprimoramento da operacionalização e do exercício da governança regional e do fortalecimento da gestão estadual e municipal.

Segundo pontua Sesau (2019), preconiza-se que cada município ofereça, em sua instância administrativa, os serviços básicos de saúde, sendo: as Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Núcleo de Apoio a Saúde de Família, Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Especialidades Odontológicas, Unidade de Pronto Atendimento e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Academias da Saúde, Centro de Controle de Zoonoses, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Hospitais de pequeno porte e Hospitais Municipais.

De acordo com Sesau (2012), com a iniciativa do compartilhamento de serviços de saúde entre os municípios, no âmbito das regiões de saúde, o Colegiado de Gestão Regional do Tocantins – CGR – tem promovido reuniões entre os gestores para firmar acordos entre os mesmos. O Plano de Pactuação Intergestores - PPI busca a ampliar a oferta de exames e consultas especializadas pactuadas nos municípios que são referências, a agilização da acessibilidade, porém depara-se com a dificuldade de acesso, a interiorização dos profissionais especializados e o fluxo regulatório, uma realidade apresentada pela Regional Médio Norte Araguaia que tem no Hospital Regional de Araguaína – HRA o principal centro de atendimento aos usuários dessa região.

Em 2012, juntamente com os demais fornecedores de serviços públicos e conveniados, apresentavam grande discrepância entre a demanda e oferta de serviços de saúde, prejudicando a população em virtude da grande demanda reprimida, dificuldades com acesso a internações eletivas e Tratamento Fora do Domicílio – TFD, decorrentes do pouco recurso, principalmente nos pequenos municípios. Com isso, propôs-se a implantação da qualificação no atendimento, também do fluxo de referência e contra - referência, qualificação

dos gestores, contratação de profissionais, ampliação das ofertas de atendimento, ampliação do repasse de recursos aos Hospitais de Pequenos Portes – HPP, localizados nos demais municípios.

De acordo com Semus (2019), a cidade de Araguaína atua como referência na Região Médio Norte Araguaia, composta por 17 (dezessete) municípios, não somente por ofertar os serviços mantidos pela gestão estadual, mas também atrair a população dos demais municípios e Estados vizinhos. Araguaína apresenta serviços da Atenção Especializada que funcionam através de unidades de referência ofertando atendimentos e procedimentos de especialidades médicas, odontológicas e de equipes multiprofissionais, sendo que o acesso às consultas e exames especializados em Média e Alta Complexidade do município se faz através de encaminhamentos médicos provenientes da Atenção Básica, a partir da referência das Unidades Básicas de Saúde – UBS, os quais são enviados à Regulação para agendamento. No âmbito estadual, considerando a Macrorregião Norte, composta por 64 municípios, Araguaína é referência em Pediatria e Oftalmologia (ambulatorial e hospitalar).

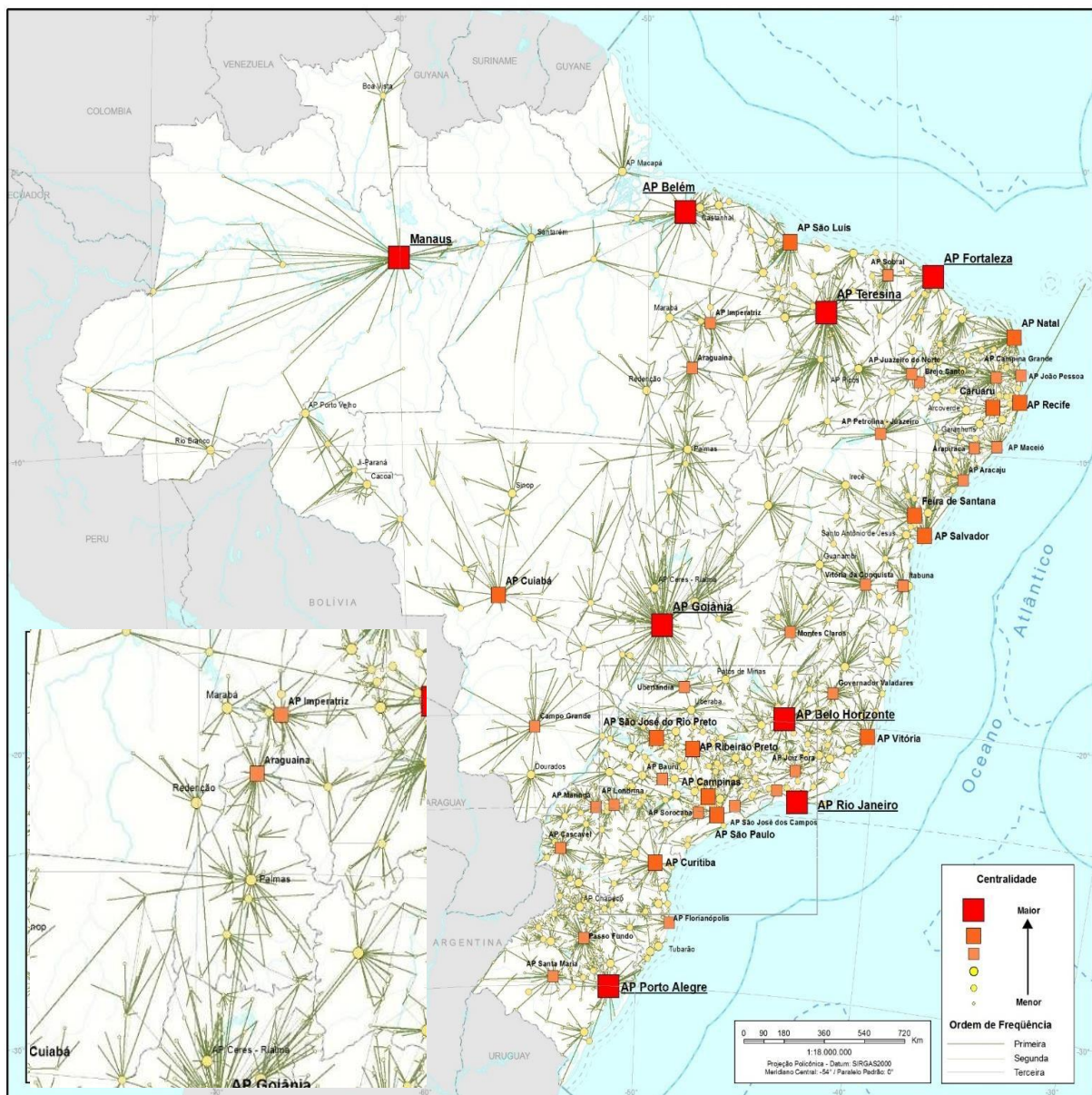
A mesma fonte informa ainda que a Secretaria Municipal de Saúde tem mantido o atendimento em Média Complexidade ambulatorial e média e alta complexidade hospitalar, cujo objetivo é assegurar a Gestão Plena de Sistemas de Saúde, tendo autonomia na gestão de sua rede de Atenção Especializada.

Nesse sentido, Araguaína se destaca como polo prestador de serviço de saúde de Média e Alta e Complexidade, com significativa participação do setor privado na oferta de serviços ambulatoriais, com atendimento das necessidades da população local, além da sua região de influência, o que contribui para a crescente imigração da população da redondeza em busca por esses serviços, porém não se restringindo apenas ao atendimento pactuado com os demais municípios, os quais são pontuados para o repasse dos demais municípios para Araguaína, mas também buscam a atenção básica que esta organizada para atender a população local, considerando que cada município deve ofertar os serviços mínimos de saúde, entre eles a atenção básica.

De acordo com o Relatório da IBGE (2020), considerando as regiões de influência das cidades para o deslocamento da população em busca de serviços de saúde nas cidades com centralidade definida especificamente por deslocamentos para serviços de saúde de baixa e média complexidade, em 2018, a distância média percorrida pela população da cidade de Araguaína e proximidades é menor que a média dos polos regionais dos demais Estados das Regiões Centro - Oeste e Norte, onde se verificou 123 km e 136 km, respectivamente. As

populações das cidades do Estado do Tocantins percorrem distâncias compatíveis com as dos Estados de Piauí, Maranhão e Bahia, entre 85 e 95 km, Figura 1.

Figura 1
Deslocamentos para serviços de saúde de baixa e média complexidade
Brasil – 2018.



Fonte: IBGE, Diretoria de Geociências, Coordenação de Geografia, Regiões de Influência das Cidades, 2018.

Fonte: IBGE, Diretoria de Geociência, Coordenação de Geografia, Regiões de influências das cidades.

Semus (2019) informa ainda que as Unidades de Pronto Atendimento - UPA são estabelecimentos de saúde de complexidade intermediária entre a Atenção Básica (ESF e UBS) e a Rede Hospitalar. São portas de entrada dos usuários do SUS, com garantia de atendimento às demandas agudas ou agudizadas. Funcionamento integral com garantia de referenciamento, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico em atenção ambulatorial especializada e atenção hospitalar.

A Unidade de Pronto Atendimento Anatólio Dias Carneiro – UPA, situada em Araguaína, é classificada pelo Ministério da Saúde como de Porte II e conta com atendimentos em urgência e emergência 24 horas por dia. Dispõe de 16 leitos, sendo destes 08 de clínica médica, 06 de clínica pediátrica e 02 de isolamento. A UPA é um serviço que demanda bastante investimento para a manutenção e funcionamento, o que explica o fato de poucos municípios a terem em seus territórios. Dessa forma, esse serviço é mais um atrativo para a população vizinha.

Semus (2019) relata ainda que existem pactuações firmadas com alguns municípios da mesma regional, porém o repasse combinado ou o seu não cumprimento ainda é um desafio. Araguaína também abriga o Hospital Municipal que é referência em pediatria, possuindo atualmente 61 leitos, sendo 10 deles cirúrgicos, 41 pediátricos e 10 UTI Pediátrica e recebe encaminhamentos da Unidade de Pronto Atendimento – UPA, municípios referenciados (região de saúde) nas especialidades de Pediatria e da Regulação Estadual (UTI Pediátrica).

De acordo com Sesau (2004), o Cartão Nacional da Saúde – CNS é um instrumento do Sistema Único de Saúde que possibilita a vinculação dos procedimentos realizados pelo Sistema Único de Saúde – SUS ao usuário, ao profissional responsável e também à respectiva unidade de saúde. O delineamento dessa nova proposição já tem o seu projeto piloto implantado: o CNS, enunciado na Norma Operacional Básica de 1996 (NOB – SUS 01/96) como parte integrante do processo de reordenamento do SUS.

Nos termos da própria NOB: “identificando o indivíduo para garantir a cidadania, coordenando informações para humanizar o atendimento, padronizando os procedimentos para democratizar o acesso e cumprindo a lei para racionalizar o uso do recurso público”. Esse instrumento tem enriquecido as informações referentes aos pacientes, constando também os municípios de origem, o que é importante para a alocação de recurso.

Segundo Brasil (2019), é importante pontuar que os trâmites para esse procedimento foi alterado pela Portaria Nº 2.979 do Diário Oficial da União, de 12 de novembro de 2019, Seção II, do Ministério da Saúde, a qual prever que o recurso do atendimento irá para a origem do cliente, e não para o município que o oferece, como forma de promover o gradativo

desenvolvimento da saúde na cidade onde vive cada cliente e reordenar o fluxo da migração, mas a longo prazo, o que pode gerar uma cascata de barreiras para o acesso aos serviços locais para a população não residente em detrimento do capital necessário para o custeio de cada procedimento, fato que já acontece (ARAGUAÍNA, 2019).

1.2 A Regionalização da Saúde e as Condições de Vulnerabilidade

No contexto da Regionalização da Saúde, que segundo Brasil (2002), busca promover a acessibilidade aos serviços de saúde descentralizando-os, levando-os para mais próximo à população tendo eles qualidade e agilidade na atenção, promovendo o bem-estar ao indivíduo assistido, é influenciado pela política, pela economia, pela cultura e pela geografia, contudo, é moroso, na visão de quem necessita de acesso eficaz e urgente a determinado serviço de saúde, o que culmina no comprometimento do bem-estar. Ora condicionado pela alienação da liberdade de escolha.

De acordo com a Secretaria de Saúde do Tocantins (Sesau) (2004), para a alocação de recursos, o Ministério da Saúde considera o Cartão do SUS que é um número seriado que cadastra os usuários do Sistema Único de Saúde, identificando suas origens. Antes, em cada atendimento, era identificado o cartão do SUS do cliente, independente de sua origem, e gerava um montante a ser repassado pelo Ministério da Saúde aos municípios por cada procedimento. Era notório que os municípios que mais atendiam recebiam mais verbas. Posteriormente, orientou-se que os municípios atendessem somente sua população adscrita, cujo cartão da saúde fosse local, porém não discriminou regras para a abertura de novos cartões do SUS e, a princípio, não impôs impedimentos para moradores de outros municípios.

Com relação a Araguaína, a gestão municipal necessitou elaborar uma lei local para o impedimento da abertura para novos Cartões do SUS para pessoas não residentes nesta cidade, normatizando regras e periciamento para cada novo cartão, o que culminou às restrições para o atendimento da população de outras localidades em serviços ofertados pela prefeitura de Araguaína, devido aos custos dos atendimentos (ARAGUAÍNA, 2019).

Também foi lançada a Portaria Nº 2.979 do Diário Oficial da União, de 12 de novembro de 2019, Seção II, do Ministério da Saúde, denominada Previne Brasil, como o novo modelo de financiamento, cumprindo a proposta já sinalizada, na qual pontua que o financiamento dos serviços básicos de saúde utilizará a população cadastrada, o perfil

demográfico, a vulnerabilidade socioeconômica da população e a classificação geográfica definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (BRASIL, 2019).

A mesma portaria aloca para a origem do cartão do SUS do cliente o recurso para o custeio do atendimento, mesmo sendo este realizado por outro município, o que tem gerado resistência dos municípios de ofertarem atendimentos aos clientes oriundos de outras localidades, na justificativa que não receberão pelo procedimento, caso não exista um acordo para a realocação do recurso entre eles.

Conforme a Sesau (2020), a cidade de Araguaína é polo para Macrorregião Norte do Tocantins e também para a região da saúde Médio Norte Araguaia, existindo muitos serviços da gerência estadual para os municípios a terem como referência, porém, com variadas distâncias a serem percorridas pela população, originando um fluxo migratório para esta cidade na busca por estes serviços. Esse é outro fator que culmina na vulnerabilidade, pois ela necessita se deslocar por longas distâncias para ter acesso aos serviços de saúde (como destacado no tópico a seguir), visto que, nem sempre a população tem condições para o custeio do transporte, da alimentação e da hospedagem, o que seria resolvido caso o serviço de saúde fosse em sua cidade, como preconiza Brasil (2001).

De acordo com Sen (2000), a liberdade dos indivíduos de fazerem escolhas, de conduzirem suas vidas, de participarem de decisões políticas cruciais, e demais demandas substantivas de cada componente da sociedade, devem ser vistas e mantidas sem a necessidade de justificá-las indiretamente com base em seus efeitos sobre a economia. Pontua que a utilidade da riqueza está nas coisas que ela nos permite fazer, tornando-nos seres sociais mais completos. Segundo o autor, a pobreza esta agregada à privação da liberdade.

A liberdade incorporada pelo sujeito na condição de agente na busca pelo bem – estar, se atrela, segundo Sen (2001), a dois distintos enfoques: a realização na sua condição de agente e realização do bem estar, diferenciados também como a liberdade na condição de agente e liberdade de bem-estar. Pontua também que a liberdade tem um conceito complexo e que nem sempre esta relacionado à vantagem, considerando que o excesso de liberdade pode conflitar com o bem-estar, no sentido que ela pode confundir o sujeito exposto a fazer escolhas que demandam bastantes responsabilidades e que podem ser desafortunadas, gerando custos ao agente, dessa forma, seria mais confortável se adequar às escolhas impostas por terceiros, baseadas em planejamentos e experiências.

As diretrizes para o processo de Regionalização são aplicadas também à Região da Saúde Médio Norte Araguaia que é norteadá por regimentos operacionais referentes à oferta e demanda, bem como aos limites orçamentários planejados pela União, como apresenta Sesau

(2019). A princípio, essas diretrizes limitam o usuário a seguir o caminho por sua própria escolha, considerando a perspectiva da liberdade de Sen (2001), à busca da liberdade de bem-estar, por conseguinte, segundo Conasems (2019), essas mesmas regras contemplam o aprimoramento de toda a rede de oferta de serviços de saúde.

Sen (2001) define essa modalidade de liberdade como liberdade de controle, que conduz o sujeito a realizar boas escolhas, uma vez que as opções, lhes permitidas pela sistemática, aqui compreendidas como todo o processo operacional da Regionalização, o protege, porém com uma perspectiva de liberdade limitada. A liberdade de controle, com relação às políticas públicas, é justificada porque busca um bem maior, a proteção da vida, isto é, ao mesmo tempo que o agente tem suas escolhas limitadas, aumenta-se a liberdade para viver a vida. Garantindo-se a vida, as pessoas terão como escolher viver. A exemplo, o indivíduo não tem o poder de escolher a pagar menos impostos, porém, com esses impostos promovem-se políticas para a proteção do bem-estar social ao qual ele participa.

Os relatórios de ofertas e demandas de serviços de saúde existentes nas Regiões de Saúde do Tocantins, segundo Sesau (2019), apresentam o movimento populacional na busca por esses serviços, seguindo um fluxo em direção aos centros mais desenvolvidos, marcando um acontecimento migratório. A mesma política que programa a Regionalização, prever esse fenômeno e cria mecanismo para norteá-los, o qual chama de referência e contra - referência e tratamento fora do domicílio (TFD), porém as limitações impostas pelo território geográfico, onde vive a população, é marcado pelo contexto histórico com versões distintas de desenvolvimento e modernização, formando ilhas externas iluminadas que a atraem, na visão de Santos (1990).

Sen (2001) reconhece que a condição de agente do indivíduo no uso real de sua liberdade de bem-estar como um importante critério para a análise social, certamente porque explicita o conjunto de meios pelos quais a população é exposta aos riscos sociais, denominados como vulnerabilidades por Hogam e Miranda JR (2006), aqui compreendidas por múltiplos fatores que comprometem a qualidade de vida, como as longas distâncias descritas por Sesau (2020), que, na Região Médio Norte Araguaia, a exemplo, ultrapassam os 240 km, sendo de Campos Lindos a Araguaína, que a população precisa percorrer para ter acesso à saúde. Neste trajeto há diferentes modalidades de estradas, transportes, aglomerações e esperas que expõem o agente a ter sua liberdade de bem-estar comprometida.

Importante discutir também a notória influência do capital na oferta dos serviços de saúde à população, mesmo sendo estes públicos, seus financiadores são condicionados pelo sistema capitalista. No caso do Sistema Único de Saúde, o financiamento é oriundo de

impostos pagos pela população, cujo o gerenciamento destina uma parcela para a sua manutenção. Porém, a operacionalização do SUS é exposto a desafios que vai além da alocação de recursos e da gestão.

Não obstante, as ideias de Mbembe (2011), a respeito do condicionamento imposto à população, são consideradas como radicais, ao notar que há exclusão no teor da racionalidade do capital. O autor observa que há uma aniquilação passiva da massa sobrando na sociedade, com iniciativas amparadas pelo Estado, que associadas às demais condições de exclusão presentes no capitalismo, promovem a necropolítica, que substituiu tendencialmente a biopolítica, compreendidos como poderes exercidos pela gestão calculista da vida, que controla o ser humano, inserindo-o ao aparelho de produção, objetivando-o (MBEMBE, 2011). Hegel (1997) também considera que os pobres são abandonados ao seu destino e entregues à mendicância pública, não somente os expulsando, mas se desfazendo de massas humanas em larga escala.

O termo “massa humana” fez –se referência ao contingente de indivíduos, aqui entendido, que rechaçam a sociedade não participando dela em seu esplendor, aqueles que demandam custos para o sistema, mas que sua força vital é essencial para a sobrevivência do mesmo, tendo pouca liberdade de escolhas, proteção social, trabalho comuns da pobreza urbana, cujas condições de vida deriva, segundo Lavinias (2003), da interação entre a sociedade civil, o Estado e o mercado.

A percepção da pobreza tem mudado no contexto das abordagens atribuídas por alguns estudiosos, a exemplo, Santos (1978) aponta que a urbanização crescente tem promovido a generalização da pobreza que persiste com as necessidades essenciais não satisfeitas; aumento das desigualdades, violação de liberdades políticas elementares, precarização do trabalho e a crescente vulnerabilidade do trabalhador. O termo pobreza urbana traz consigo a significância da influência do mercado ao modo de vida da população que busca os centros urbanos a procura de melhores condições de vida, porém se deparam com a exposição a riscos, entendidos como a probabilidade do indivíduo de cair na pobreza ou na marginalidade (VIGNOLLI, 2006). Partindo-se dos riscos condicionados aos indivíduos da sociedade, surge o conceito de vulnerabilidade, que segundo Hogam e Miranda JR (2006), indivíduos e instituições podem ser vulneráveis, mencionando condições como o tráfico, violência e desigualdade social e a ausência de liberdade.

Alguns estudiosos, como Kaztman (1999), Kowarick (2002) entre outros, categorizam a vulnerabilidade social em duas vertentes: a vulnerabilidade social associada às desvantagens sociais, compreendidas como as condições que afetam negativamente as pessoas,

comunidades e lugares e a vulnerabilidade social na perspectiva do cerceamento de direitos a qual faz crítica ao sistema capitalista em vigor pelas restrições impostas pelo capital a população que vive sem dignidade, sem acesso a saúde, sem habitação digna, de participação política, de ser ouvido.

1.3 A Regionalização da Saúde e o Território

O espaço, na concepção de Santos (1978,1994), é tido como uma instância social, e assim, o autor amplia a noção geográfica para os aspectos de como se usa o território e das consequências sociais desse uso. E, para aprofundar essa compreensão proposta, é preciso considerar que esse espaço apresenta variações, que na visão de Bousquat (2001), se traduzem em espaços heterogêneos que se realçam no comprometimento da equidade, considerando o acesso desigual nos diferentes territórios. A percepção dessa heterogeneidade dos lugares, suas peculiaridades e interdependências, é determinante para a identificação das necessidades existentes, trazendo a ideia de “Solidariedade Geográfica” (SANTOS, 1996).

Santos (2000), expõe que, na contramão do reconhecimento dessa diversidade, tem-se a “unicidade técnica”, a “convergência de momentos” e a “unificação da mais-valia” que são influenciadas pela racionalidade hegemônica atrelada ao uso do capital, e tais influências exercem um poder desorganizador no uso do território. E quando se considera os espaços mais desenvolvidos, que também são aqueles onde há maior contingente populacional, o capital interfere negativamente ao alocar mais investimentos, seguindo a lógica do capitalismo, que visa o consumo, e negligenciando a equidade de acesso nos territórios, o que vai resultar na amplitude das dificuldades para garantir o direito da acessibilidade aos serviços de saúde.

A definição de saúde presente na Carta de Otawa (1986), vai ao encontro da concepção do espaço como instância social, idealizado por Santos (1978). Neste documento, reconhece a saúde como o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde, em seu postulado, considera que o espaço, onde vive o ser humano, deve ser adequado para assegurar direitos imprescindíveis para a sua liberdade de escolha ao

considerar a equidade como um instrumento para a promoção da justiça social, visto que promove a acessibilidade, presente também na proposta da Regionalização da Saúde.

Santos (2000), menciona a existência de um motor único ligado à mais – valia universal, influenciado pela mundialização dos produtos, que compreendem também os territórios usados na saúde. Dessa forma, o autor esclarece que existe uma concorrência entre esses territórios, impulsionados pelo capitalismo global, cuja racionalidade direciona mais recursos para as regiões densamente povoadas, conduzindo à desigualdade de acesso aos variados serviços e meios que comprometem a qualidade de vida da população.

Esse processo leva ao surgimento de espaços luminosos, que na visão de Santos e Silveira (2001), são aqueles que acumulam maiores investimentos e que melhor obedecem a dinâmica com o mercado mundial, isto é, existência de consumo. Na contramão, têm-se os espaços opacos. Essa relação do território, em sintonia com o mercado, converge com a ideia de Furtado (2000), que o vê como um instrumento de reprodução do capitalismo, cuja acumulação, realçam os conflitos entre os territórios.

. Com relação à regionalização na região da saúde Médio Norte Araguaia, considerando a heterogeneidade da distribuição dos serviços de saúde nas localidades, a cidade de Araguaína se expressa como um ponto luminoso pela existência de serviços, dos programas, das normas e dos recursos do SUS, como descritos por Semus (2019); e por tais ofertas Araguaína sofre pressão pelos espaços opacos, representados aqui pelas demais cidades da mesma regional. Neste contexto, de demanda de serviços pelas cidades menores e dificuldade de oferta pela cidade referências, o Ministério da Saúde, os Estados e os Municípios, elencaram portarias, associadas à diretriz Regionalização da Saúde, para o alcance de uma descentralização eficaz, vislumbrando-se um futuro onde se encontre mais equidade nos territórios (BRASIL, 2002).

Identificar os desafios, elencar as propostas e discuti – las, fazem parte da dinâmica do método que culminará com melhorias futuras no espaço, e concretização do bem-estar no território usado, sendo este singular (Silveira, 1999).

Santos (2000), refere ainda que esta singularidade dos lugares, deve ser abordada livre do pensamento global, considerando a diversidade dos territórios e suas peculiaridades com relação ao mundo, respeitando-se sua identidade.

Daí a necessidade de pensar que a Federação Brasileira, para tornar-se harmônica e socialmente eficaz, tem que ganhar paralelamente a forma de uma federação dos lugares e para tanto o território deve ser compartimentado em áreas de identidade, legitimadas pelas suas próprias condições de existência. Essa regionalização do cotidiano será o fundamento da emergência de um quarto nível político-territorial, uma federação lugarizada que substitua a

atual federação globalizada e seja capaz de enfrentar as consequências danosas da globalização, (SANTOS, 2000b).

Não seria diferente ao considerar a região da saúde Médio Norte Araguaia, cujas cidades apresentam diversidades epidemiológicas específicas para os seus territórios. Sesau (2019) descreve, através dos boletins informados pelos municípios, variações locais relacionadas à dinâmica populacional, à economia e à saúde. Considerar essas variações é estratégico para o norteamento do método a ser estabelecido para o alcance de uma regionalização eficaz, como propõe Brasil (2011).

Na contextualização econômica, a compreensão dos acontecimentos que culminaram à delimitação espacial do atual Estado do Tocantins elucidada como esse fator influenciou na formação de territórios da saúde, marcados pelo processo de desenvolvimento heterogêneo nas localidades.

A ocupação do território do atual Estado do Tocantins foi impulsionada pelo advento do agronegócio, que influenciou no panorama político da emancipação do Estado e incide na diferença de desenvolvimento dos diferentes territórios, promovendo competitividades que ultrapassam o âmbito econômico, incidindo também na diferença marcante dos serviços de saúde ofertados. Como pontuou Castillo (2011) ao associar que o agronegócio moderno e globalizado, aliado às condições adequadas de transporte tem culminado à formação de “regiões competitivas agrícolas”.

Apesar da emancipação do Estado do Tocantins ter sido decretada juntamente com a Constituinte de 1988, o processo de separação do Norte Goiano não é recente, segundo Furtado (1959), existiu desde o século XIX. O pouco desenvolvimento dessa região era marcante em virtude dos menores investimentos destinados em relação ao Sul do então Goiás. Oliveira (1998) descreve que o território era marcado por alta concentração de terras usadas para a pecuária extensiva de baixa produtividade. A existência de poucas vias de escoamento da produção agrícola culminava na baixa produtividade econômica, até então a principal via era o Rio Tocantins. Esses fatores não contribuíam para a integração do território do atual Estado do Tocantins à economia nacional e internacional. A emancipação foi proposta para o alcance do desenvolvimento dessa região.

De acordo com Oliveira (1998), a criação do estado do Tocantins promoveu novos investimentos públicos e privados no agronegócio, com uma perceptível modernização e intensificação dos territórios ainda inexplorados. O surgimento da demanda por matéria prima de qualidade com preços competitivos ao mercado nacional e internacional aumentou o interesse de empresas se instalarem na exploração de terras para a pecuária, agricultura e

mineração. Essas modalidades propiciaram a criação de mais postos de trabalho e a migração da população à sua procura, promovendo uma nova urbanização local.

Relacionar a economia do agronegócio com a ocupação do Tocantins é fundamental para compreendermos o desenvolvimento desse território, considerando que ela não é uma instância isolada, influenciando a política, a educação e a saúde, aqui abordada na perspectiva de sua distribuição e acessibilidade com estreita relação com o desenvolvimento econômico nos lugares. Como sinaliza Santos (1996) ao apresentar que o conjunto de eventos que se sucedem no território e ações no decorrer do tempo possibilita a compreensão da conjuntura social no espaço onde vive o indivíduo. A contextualização dos saberes do autor promove maior entendimento das influências da economia em todas as demandas existentes no território tocantinense, aplicando-se também aos serviços de saúde que expressam similar comportamento competitivo às zonas do agronegócio, considerando a principal atividade econômica.

Ao observar os dados apresentados por Sesau (2020) a respeito da distribuição territorial da saúde no Tocantins, as cidades que receberam maiores investimentos em infraestrutura, Palmas e Araguaína, tornaram-se polos econômicos e referências em saúde para as duas macrorregiões do Estado. A capital Palmas, mesmo tendo menos anos de sua criação que as demais cidades, como Araguaína, apresenta um grau de desenvolvimento superior, em detrimento dos incentivos financeiros públicos e privados. Dados do IBGE (2009) já apresentavam a representatividade superior do PIB da capital Palmas com relação às demais cidades, em IBGE (2019), essa grandeza ainda persiste. De acordo com Sesau (2008), nesse mesmo período, a mesma cidade apresentava também maior concentração de instituições públicas e privadas na área da saúde.

Considerando a racionalidade do capital, o lucro, Elias (2006), adotou o termo “cidade do agronegócio” para se referir aos núcleos urbanos funcionais ao campo modernizado, destacando vários municípios que se urbanizaram em consequência da expansão do agronegócio. Algumas dessas cidades se destacaram com a função principal associada a atender as demandas produtivas do agronegócio globalizado, realizando – se também a materialização das condições gerais de acumulação do capital, que não se restringe à economia, configurando o surgimento de demais serviços dos diversos setores, sendo educação, saúde, etc. Notoriamente, os serviços de saúde apresentam expressiva participação na economia das cidades com maior desenvolvimento, aliando-se aos demais fatores que levam à modernização de sua infraestrutura, como na cidade de Araguaína, polo para a região da saúde Médio Norte Araguaia.

Deve-se ter em mente que, apesar dos fatores positivos aliados à urbanização das cidades polos, a população do Estado não se restringe a elas. Com o efeito da demanda populacional, Araguaína concentra maiores investimentos em serviços de saúde, essa mesma cidade tem representatividade econômica que se realça em relação às demais da mesma região da saúde, sendo também um polo econômico, como destacou Araguaína (2019). Porém, toda essa expressividade, que atrai mais investimentos aliados ao lucro, implode o desenvolvimento das cidades vizinhas, e mesmo Campos Lindos, localizada a 240 km de Araguaína, pertencendo também à mesma região de saúde é afetada, considerando que seus moradores são referenciados para Araguaína.

De acordo com Santos (1996), o período técnico-científico-informacional, marcado pela globalização da economia e da informação, interfere na percepção do território e no seu uso, existindo fronteiras agrícolas com o emprego de técnicas modernas de produção, porém coexistindo lugares menos desenvolvidos que não seguiram a racionalidade dessa modernização, gerando as rugosidades no território. Essa diferença promove a existência de zonas competitivas no território. Sabendo que o agronegócio é a principal atividade econômica encontrada no Tocantins e que as cidades mais desenvolvidas cresceram impulsionadas por ele, persiste a existência do comportamento competitivo entre as mesmas, a exemplo, com relação às cidades da Região da Saúde Médio Norte Araguaia, há desvantagens para as menores cidades.

Graziano Neto (1982), aborda que as fronteiras agrícolas, caracterizadas pelo emprego de modernas técnicas para atenderem ao acúmulo do capital, também são marcadas pelas transformações sociais a elas relacionadas. Questões como o trabalho, a vulnerabilidade econômica e social, a distribuição de renda são dimensões que necessitam ser consideradas. Silva (1981) relata que a modernização da agricultura não proporcionou soluções para a questão social, mas aumentou a concentração de terras e renda no campo.

De acordo com Santos (2008), a modernização da agricultura não trouxe mudanças positivas no caráter da inclusão social, pois ela tende a excluir as atividades desenvolvidas pelos pequenos agricultores. Eles vivem em cidades menores, campos, lugares, denominados pelo autor, onde seu cotidiano acontece. Eles também são condicionados ao menor acesso aos serviços de saúde devido à competitividade exercida pelo sistema capitalista, cuja racionalidade destina maiores fluxos de investimentos para as cidades polos, coisificando a saúde como uma modalidade econômica que segue o fluxo do capital. Dessa forma, o fluxo migratório, aponta para a cidade de Araguaína, polo da região da Saúde Médio Norte Araguaia.

1.4 O planejamento da acessibilidade à saúde

Ao se considerar o território brasileiro como uma formação socioespacial periférica, com relação aos demais países que têm maior poder de influência nos âmbitos político e econômico, cuja acumulação do capital seja superior e que suas populações acessem serviços de mais qualidades nos âmbitos governamental e privado, surge então uma questão: quando alcançaremos determinado desenvolvimento que nos permita usufruir de qualidade de vida semelhante aos países mais desenvolvidos e que haja acessibilidade mais democrática nos serviços de saúde, a exemplo? Há uma percepção dramática que essa condição periférica do Brasil não seja transitória e que, aparentemente, seja insuperável. Moraes (2005) aponta que o planejamento seja o melhor caminho a ser trilhado, principalmente para um país periférico.

De acordo com Theis (2016), o Brasil apresenta condição de desvantagem em relação aos demais países classificados como desenvolvidos, que estão na frente da escalada do acúmulo do capital. E mesmo considerando o território brasileiro, há um marcante desenvolvimento desigual nos diferentes lugares, culminando também nas acentuadas desigualdades típicas de países periféricos. O mesmo autor elenca duas hipóteses: a primeira diz respeito ao planejamento para o desenvolvimento regional no Brasil como forma de contornar as incertezas produzidas pelo capital, como proteção ao mesmo sistema; a segunda ressalta a importância do controle do capital para atenuar as desigualdades socioespaciais, atendendo as necessidades individuais e coletivas.

O mesmo contexto de planejamento pode ser aplicado aos territórios de menores extensões, lançando-se mãos aos instrumentos técnicos, estratégicos, oportunos e dinâmicos para a organização de uma demanda. De acordo com Brasil (2011), o processo de regionalização da saúde é concebido através do planejamento estratégico e sua operacionalização envolvem instrumentos que a normatiza, considera-se também que os mesmos podem engessá-lo tornando-o moroso, haja vista que existem recursos públicos a serem alocados e, por isso, expostos a fiscalização, como apresenta Conasems (2019).

Fernandes (1975) adjetiva as formações socioespaciais periféricas, aquelas que têm pouca autonomia decisória, sendo condicionadas e influenciadas por circunstâncias que não estão sob o seu controle. O capital é o principal instrumento usado por instituições capitalistas para exercerem influência em decisões relevantes para milhões de pessoas. O poder de exploração da energia vital humana e dos recursos naturais pelo capitalismo é abordado por Theis (2016), onde ambos são apenas instrumentos a serviço do sistema para a geração de

capital, coisificando – os e ignorando a existência de uma trajetória com necessidades a serem atendidas, fundamentadas em direitos e liberdades substantivas de cada indivíduo, percebidas por Sen (2000), que também defendeu ser para a humanidade o verdadeiro sentido do desenvolvimento, onde a lógica do capitalismo não subtraia a qualidade de vida, mas que seja um instrumento de sua agregação, dessa forma, exercendo controle no capital.

A racionalidade do capital induz algumas instituições a se instalarem estrategicamente em espaços onde possam extrair o lucro. De acordo com Furtado (1974), elas planejam estrategicamente, buscando regiões densamente urbanizadas, fazendo o elo entre o mercado consumidor e a existência da matéria prima, promovendo uma industrialização, que segundo Lefebvre (2011), inicialmente se adequa à realidade da cidade, mas que, posteriormente, a condiciona conforme seus moldes, redesenhando-a, dando origem aos subúrbios localizados nas periferias, onde vivem trabalhadores condicionados aos variados riscos e vulnerabilidades sociais.

Sendo o capital envolvido com a marginalização da condição humana, instituições que assumem a filosofia da promoção da equidade e que buscam amenizar as marcas deixadas por ele, de acordo com Theis (2016), devem lançar mãos ao planejamento, agora para o ser humano. Nessa perspectiva, tem-se a formação de regiões de saúde, como a Região Médio Norte Araguaia, localizada no Tocantins, onde se planeja promover uma regionalização baseadas na realidade local, conforme Sesau (2020), mas que enfrenta desafios em sua operacionalização, como a grande extensão territorial, comum aos Estados do Norte do Brasil, que historicamente, tiveram sua industrialização posterior às demais regiões, apontando – se para ela a desigualdade característica do desenvolvimento desigual do capital, típico para um país periférico.

As desigualdades do desenvolvimento regional, afunilam-se aos locais onde vivem os indivíduos, impulsionadas pelo meio-técnico-científico-informacional, a globalização, como aborda Santos (2005). Segundo este autor, o desenvolvimento deve partir do lugar para os demais territórios, e não do mundo para o lugar, considerando que este processo desrespeita as realidades locais, influenciado – as. Essa mesma ideia aplica-se à região da saúde, onde há cidades que têm poder econômico menor e desempenhando, também, menor poder de influência política. Essa limitação, incide na oferta de serviços de saúde, que, nelas, são mais restritos. Delinear estratégias para que a acessibilidade à saúde aconteça nos locais afastados, promovendo a qualidade de vida da população, é considerado como planejamento que desempenha controle sobre o capital.

A promoção do planejamento é estratégica para o contorno das barreiras sociais impostas pela fragmentação territorial, visto que ela implica em limitações à circulação de pessoas, ao considerar a busca pelos serviços de saúde pela população. De acordo com Brasil (2002), a idealização da Regionalização da Saúde no tocante da promoção da acessibilidade das comunidades através da viabilização da implantação de serviços, que outrora, não viáveis devido aos altos custos demandados, a cooperação entre os municípios que partilham fronteiras para a implantação de serviços que beneficiam a comunidade é um fator positivo. Contudo, Santos (1994) pontua que o estabelecimento de fronteiras pela Regionalização à comunidade é um fator negativo, visto que compromete a liberdade de ir e vir.

Há uma incoerência no momento atual, o meio-técnico-científico-informacional - a globalização, fenômeno negativo na óptica de Santos (1994), visto que o mesmo visa a alienação das pequenas comunidades, seu ambiente banal, onde a sua rotina acontece, localmente, em suas horizontalidades, em detrimento do consumismo, da verticalização da economia, do meio global influenciando o local, numa fluidez que tem mão única, em direção aos pequenos territórios, que, longe de promoverem o compartilhamento de meios de produção e conhecimento, leva à formação de fronteiras. Como então uma política econômica globalista conduz à formação de fronteiras se a própria denominação seria de expandir – las, ao ponto de deixarem de existir, com uma fluidez livre?

Na prática, o mesmo autor relata que o território é subjugado às influências externas, principalmente as econômicas, que imperam suas vontades na perspectiva da implantação de serviços e consumismo. Este fator é negativo ao se considerar que são oriundos de localidades com variados graus de desenvolvimento econômico e variadas culturas, que ditam regras que não se ajustam à localidade da comunidade em sua horizontalidade.

Essa influência que fragmenta o território, leva à formação de espaços luminosos, aqueles cujo desenvolvimento melhor de instalou, nele há maior oferta de serviços e consumo, sendo referência aos demais, onde as setas da migração apontam, considerando seus atrativos. Por conseguinte, há os espaços opacos, com menor desenvolvimento, poucos atrativos de consumo. Em maior escala, o contraste entre os espaços luminosos e opacos levam a uma diferença marcante de desenvolvimento, denominados rugosidades (SANTOS, 1994).

As rugosidades associadas ao fator econômico, marcantes do meio-técnico-científico-informacional, evidencia um sistema cruel que impõe à população as vulnerabilidades do acesso limitado aos serviços indispensáveis à sobrevivência do indivíduo, não contemplando as suas liberdades substantivas, que, segundo Sen (2001), não devem ser justificadas pela racionalidade econômica.

Envolvido nesse conjunto de meios limitantes, mesmo considerando os fatores positivos dos avanços alcançados pela política Regionalização da Saúde, a formação de fronteira é um aspecto negativo, visto que limita as liberdades do indivíduo (SILVEIRA, 1996). No contexto da região da saúde Médio Norte Araguaia, observa-se a distribuição desigual dos serviços de saúde que, segundo Sesau (2019), conduziram a cidade de Araguaína a ser sede e polo regional, local luminoso, onde se concentram os variados serviços de saúde e atrativo para a migração da população das demais cidades da vizinhança, ora se sujeitando a condições variadas de sobrevivência, condição mencionada por Leferbvre (2011) ao descrever os fatores que levam à urbanização, marginalização social e implosão das cidades próximas dos grandes polos em desenvolvimento.

Importante citar a ideia, na íntegra, concebida por Jansen (1968) a respeito do fenômeno migração:

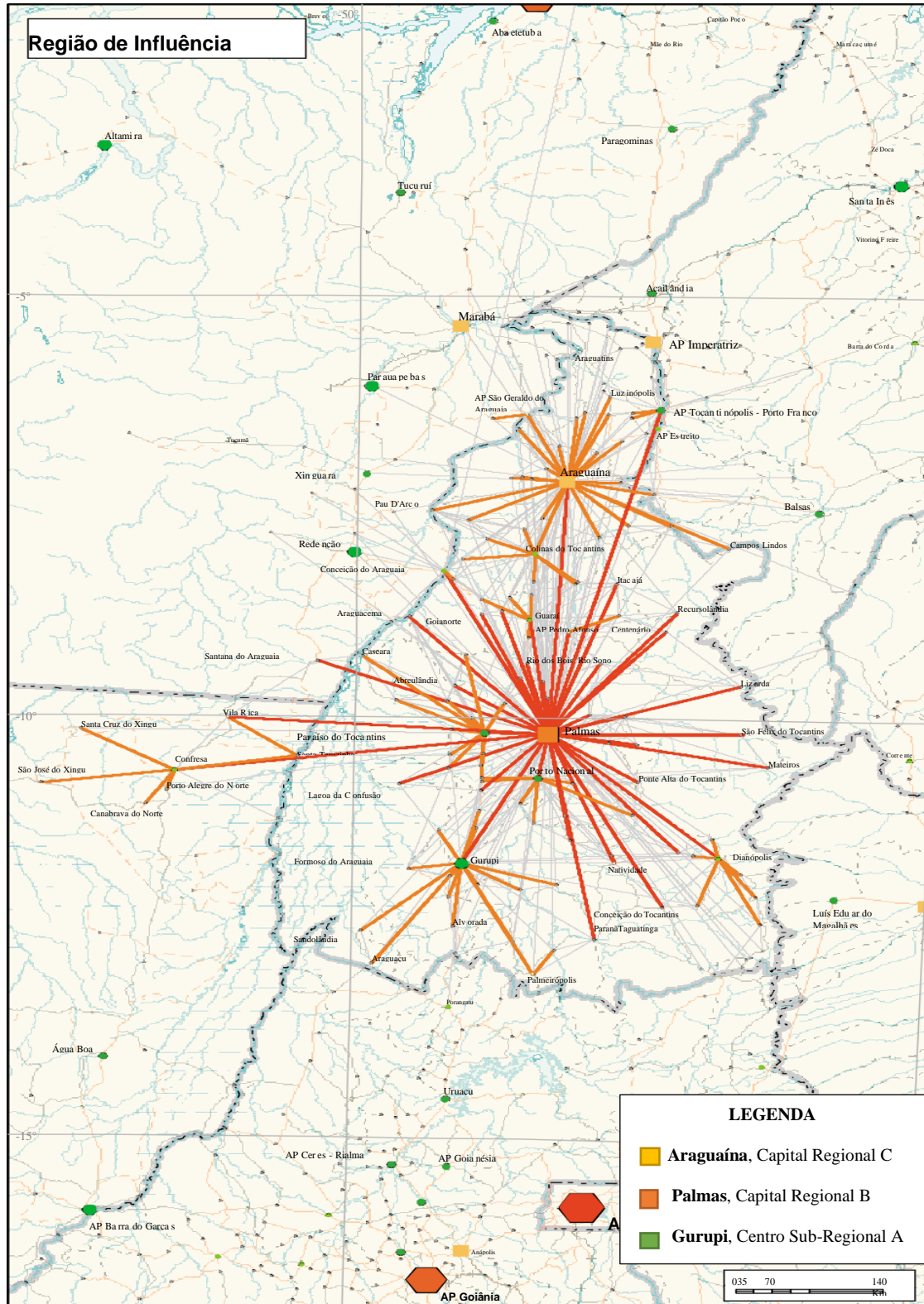
“A migração é um problema demográfico: influencia a dimensão das populações na origem e no destino; é um problema económico: muitas mudanças na população são devidas a desequilíbrios económicos entre diferentes áreas; pode ser um problema político: tal é particularmente verdade nas migrações internacionais, onde restrições e condicionantes são aplicadas àqueles que pretendem atravessar uma fronteira política; envolve a psicologia social, no sentido em que o migrante está envolvido num processo de tomada de decisão antes da partida, e porque a sua personalidade pode desempenhar um papel importante no sucesso com que se integra na sociedade de acolhimento; e é também um problema sociológico, uma vez que a estrutura social e o sistema cultural, tanto dos lugares de origem como de destino, são afectados pela migração e, em contrapartida, afectam o migrante” (Jansen, 1969: 60).

Haja vista, entre as variadas questões associadas às migrações, aqui considerando a problemática da sociologia econômica, Martinelli e Smelser (1990) descreve que um dos impactos do desenvolvimento econômico na sociedade, dados os desníveis de produtividade, a reafecção de recursos, os novos mercados e tipos de distribuição, é a “distribuição geográfica dos recursos humanos”.

Tendo em vista que a cidade de Araguaína se classifica como uma cidade de médio porte e uma Capital Regional C, conforme IBGE (2018), na qual se localizam variados serviços que movimentam a economia regional e que irradia desenvolvimento às proximidades, mantêm interatividade com as demais cidades de seu entorno, mesmo as pertencentes a outros estados, promovendo a existência da Zona de Influência, compreendida como a irradiação da influência às demais localidades, ora interagindo economicamente, socialmente e culturalmente, atrelado ao fator desenvolvimento. Esses dados são relevantes para a compreensão da sua expressividade desta cidade como um ponto luminoso, como

apresenta o Figura 2, onde a influência é representada por linhas que cruzam o Estado do Tocantins, chegando até outros Estados próximos, como Pará e Maranhão.

FIGURA 2
Araguaína/TO, Capital Regional C



Fontes: 1. IBGE, Diretoria de Geociências, Coordenação de Geografia, Regiões de Influência das Cidades 2018. 2. ÁREAS dos municípios 2018. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/15761-areas-dos-municipios.html?=&t=acesso-ao-produto>. Acesso em: 09/02/ 2022.

Porém, quando há formação de fronteiras estas limitam a territorialidade do espaço, associando-se à racionalização burocrática e à alienação de direitos de ir e vir das populações, condicionadas pela racionalidade do lucro, que considera onerosa a promoção da distribuição espacial dos variados serviços públicos de saúde. Esse comportamento atual das instituições é considerado comum por Santos (1996), que ver a busca pelo lucro, mesmo que menos explícita, leva à definição de lugares nos moldes da globalização.

De acordo com o autor acima citado, a técnica de acumulação de capital, outrora conduzida e idealizada pelos grandes autores da economia e da política, não é mais submetida, passou a condicionar as relações sociais, escravizando-as. Tal modelo visa a racionalidade, ora, secamente econômica, onde a política se torna mercadoria, subvertendo-se à moral. Neste contexto, pontua ainda a necessidade da sociedade de tecer crítica à perversa racionalidade burocrática considerando que ameaça invadir os recantos onde vivem comunidades, ora alienadas, correndo risco de verem o “triunfo de uma ação sem pensamento sobre um pensamento desarmado”.

Pode-se considerar que a promoção da acessibilidade busca atenuar a migração resultante da busca por melhores condições de vida em lugares privilegiados, levando os serviços de saúde para próximo à comunidade, porém com regras de acesso, visto que é destinado para a população adscrita ao território (CONASMS, 2019). Porém, de acordo com Santos (1996), a racionalidade do mercado impõe fluxos hegemônicos aos demais fluxos, influenciando a própria atuação do Estado.

De acordo com Furtado (2000), as variadas modalidades de serviços direcionados à população são direcionados pela lógica do acúmulo do capital. Nota-se que essa racionalidade do mercado subordina também a Política Pública Regionalização da Saúde ao delinear a distribuição dos serviços de saúde em territórios jogados viáveis para a sua implantação, privilegiando aqueles que já são referências, e intensificando sua luminosidade em relação aos demais locais. Esse aspecto cria fluxos migratórios da população em busca de melhores condições de vida para as localidades onde elas são ofertadas, intensificando o processo de urbanização não planejada (LEFERBVRE, 2011).

A migração, no contexto da saúde, é verificada pela iniciativa individual de buscá-la onde é ofertada, mesmo em locais distantes e assinala que a formação de territórios é ineficaz

para a acessibilidade, tanto quando, inadequado, visto que suprime o direito de livre acesso da população de tê-los no território onde vive, onde sua rotina e vivência acontece, pois os interesses hegemônicos regulam essa ação nos lugares, promovendo a matematização do espaço e da vida social, alienando-os (SANTOS 1996).

E, mesmo que os territórios e as cidades não assumam a ação hegemônica do mercado sobre a fluidez, ainda promove a competitividade, mesmo não sendo este o objeto desejado, devido seu efeito espontâneo, que passou a seguir um fluxo sozinho, após anos de interferência (SANTOS, 1996). Porém resultante dos diferentes fatores que impulsionam a migração, entre eles o serviço de saúde maciçamente implantados na cidade de referência, que, no contexto na Região Médio Norte Araguaia, destaca-se a cidade de Araguaína (SESAU, 2019).

De acordo com Santos (1996), há também reações do sistema que domina os subsistemas nos locais, diante de resistências das localidades. Este elabora críticas fazendo com que sejam notados como retrocesso e resistentes ao desenvolvimento, no intuito de refutar ações positivas por parte delas, promovendo, assim, a fragmentação nos lugares.

Condição similar é notado na cidade de Araguaína, que busca estratégias para controlar o fluxo migratórios das populações das cidades vizinhas (ARAGUAÍNA, 2019). Porém, tem que desafiar o fluxo desenvolvido durante anos e que, hoje, segue espontaneamente. Entre as condutas seguidas, destaca-se o impedimento de pessoas que não vivem na cidade de acessarem os serviços ofertados pela gestão local, salve aqueles serviços que são compartilhados mediante negociações prévias com os demais municípios, que são contratos que constam subsídios para a manutenção da oferta à demanda.

É importante também entender que o fluxo migratório para a cidade de Araguaína desenvolvido durante anos pelos municípios menores conduziu ao pouco desenvolvimento destes, pois desabilitou o direcionamento de investimentos públicos e privados para este fim. De acordo com Araguaína (2019), a alocação de recursos pelo Ministério da Saúde a estes pequenos municípios não foi o suficiente para a implantação de alguns serviços. Entre as justificativas está a de que boa parte da população destas cidades usava cartão do SUS com endereço de Araguaína, sendo o número de cartão SUS o referencial para a alocação de recursos, esta passou a receber mais investimentos em relação às demais cidades. Este foi o motivo que levou ao enfrentamento desta crise através do impedimento da população de fora do município a usar seus serviços, e aos poucos criar um novo fluxo, que a saber, demandará anos para se assimilado. Enquanto isto, a população está condicionada a receber serviços que julga ter menor qualidade.

Estes controles refletem no comprometimento do princípio de equidade, atrelado ao sentido de justiça social. Sua contextualização se associa ao acesso dos serviços de saúde, na promoção da justiça social, direito e cidadania. De acordo com Fleury; Ouverney (2008), a participação plena do indivíduo na sociedade se realiza a partir de sua inserção como cidadão. Ideia que é reforçada por Garrafa (2014), ao considerar que a o acesso aos serviços de saúde vai além de um direito social, mas a valorização da condição humana

A equidade busca reduzir as desigualdades sociais e sanitárias evitáveis e desnecessárias, tratando desigualmente os desiguais conforme as suas necessidades, promovendo – se o acesso justo aos serviços de saúde (FORTES, 2015).

Contudo, a equidade, apesar de suas citações, não tem, explicitamente, a mesma organização jurídica dos demais princípios, deixando ao julgamento dos profissionais que atuam em sua promoção. Não existem protocolos ou fluxogramas de acolhimento cuja abordagem social seja empregada em variadas situações de acolhimento (Piola et al, 2009).

De acordo com Brito (2020), no contexto na pandemia do novo coronavírus, decretada em março de 2020, o acolhimento da demanda foi um desafio divulgado por muitos países. Em relação ao Brasil não foi diferente, o acesso aos serviços de saúde foi complicado pela ausência de grandes hospitais e ambulatórios preparados para a nova demanda. Improvisos e aquisições de insumos para os atendimentos foram marcantes, porém, o engajamento mútuo das cidades permitiu o enfrentamento, e, em se tratando de regiões com menos infra - estrutura hospitalar, menos recursos e cujas distâncias entre as cidades são maiores, dificultou o acesso das comunidades vulneráveis (Sesau, 2021).

De acordo com Kolm (2000), a concepção de justiça é uma questão de toda a vida em sociedade, sendo sua natureza social e distributiva. A promoção de políticas sociais significa encontrar soluções distributivas diferentes daquelas que seguem a racionalidade do mercado. Nesse contexto, têm-se a equidade, que se configura como um princípio básico de justiça social.

Rawls (2002) considera que a igualdade equitativa é composta pelos subprincípios da oportunidade de acesso às diversas posições sociais com a oferta de condições equitativas de competitividades e da diferença, que garante que as desigualdades devem contribuir para elevar ao máximo o benefício dos membros mais pobres da sociedade. Eles são empregados para a distribuição de bens primários, entendidos por ele como oportunidades, liberdade, autorespeito e saúde. Para tanto, ver que a intervenção governamental é importante para assegurar um mínimo social, em razão do planejamento.

No tocante da justiça social, a vida pode ser vista como um conjunto de funções inter-relacionadas exercidas pelos indivíduos para a garantia da felicidade e autoestima. Dessa forma, ele deve ter oportunidade efetiva de consecução do bem-estar, com liberdade de escolha para a conquista dos bens primários como: direitos, oportunidades, renda e saúde. Sendo assim, liberdades fundamentais e particulares de cada ser social, consciente de sua condição, denominada de liberdades substantivas, que não devem ser justificadas pela interferência econômica para serem implementadas (Sen, 1992).

A principal distinção entre as proposições de Rawls e Sen está na forma de aquisição dos bens primários. Enquanto Rawls (2002) atenta para a distribuição dos bens primários, Sen (1992) acredita que eles são adquiridos através da liberdade, considerando a desigualdade de incapacidades. Quando mais incapacidades, ausência de bens primários acometem o indivíduo, mais necessidades de atenção são necessárias. Para tanto, a equidade deve ser entendida no sentido de corrigir as desigualdades, compensando as incapacidades.

Considerando as referências sobre equidade, acima citadas, a saúde, sendo um bem primário, não é adequada para ser ofertada de forma igual para os cidadãos, visto que, essa igualdade de acesso culmina à desigualdade. Sendo necessária abordagem múltipla que atente à vida do indivíduo como um todo, no intuito de conhecer suas incapacidades e restrições que desafiam o acesso. A associação entre os conceitos de equidade de Rawls (2002) e Sen (1992) se complementam, pois a entrega dos bens primários e a capacidade de receber esses bens promovem a equidade plena.

De acordo com Nunes (2011), a atual forma de provisão do SUS não atende aos critérios de justiça e equidade, pois não considera as desigualdades condicionadas pelos múltiplos fatores associados à vulnerabilidade do acesso aos serviços de saúde. Para esse fim, necessita-se garantir o atendimento pleno do princípio, elevando ao máximo o benefício dos membros mais pobres da sociedade.

2 METODOLOGIA

A pesquisa partiu de levantamentos bibliográficos e documentais sobre o tema, que foram compilados e analisados, de forma a fundamentar, a partir do método dialético e da teoria socioespacial de Milton Santos, as evidências empíricas. Também exploratória, considerando que houve levantamento de dados quantitativos nas instituições de saúde.

2.1 Local da pesquisa: Região Médio Norte Araguaia

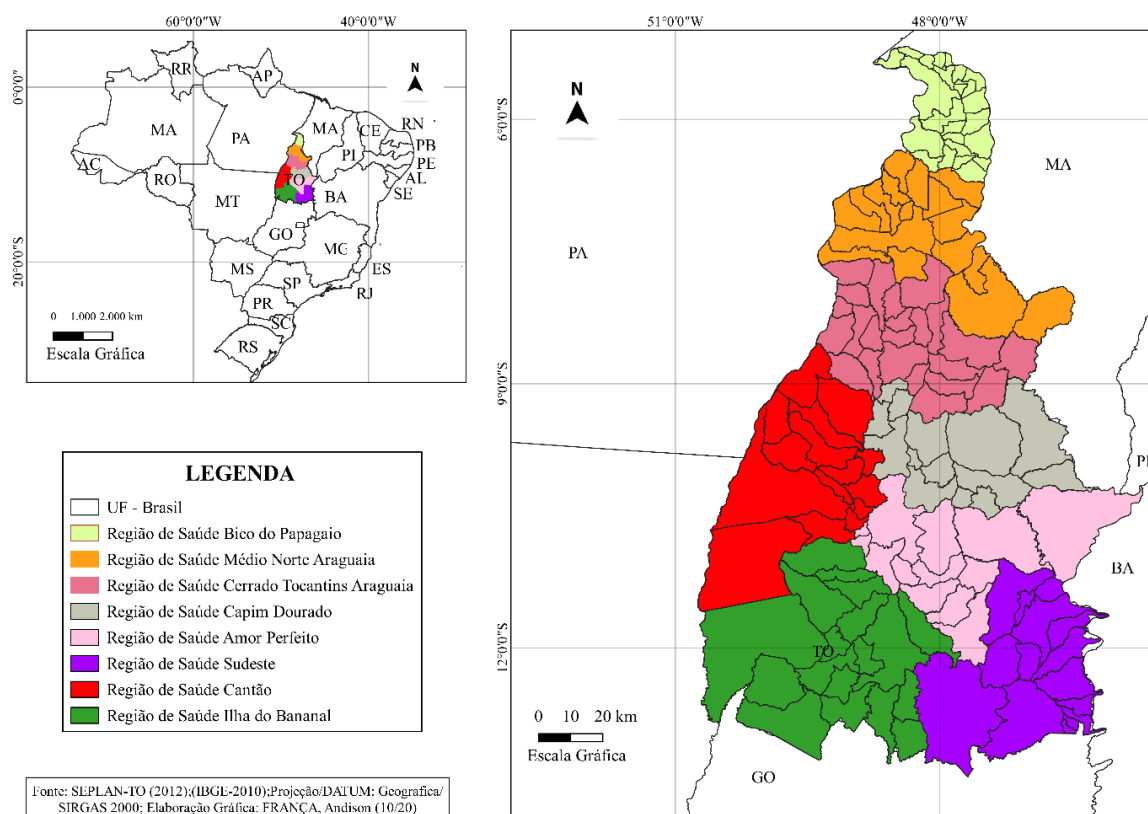
O Tocantins possui duas Macrorregiões de referência para a saúde, sendo os polos em Araguaína e Palmas. Essa pesquisa foca na região da saúde Médio Norte Araguaia (Figura 3), localizada na porção norte do Estado do Tocantins, a qual é composta por 17 municípios (Tabela 1), contando com uma densidade demográfica de 6,69 habitantes/ km², e com uma população de 289.511 habitantes (IBGE, 2021).

Tabela 1 – População por município, Região Médio Norte Araguaia, Tocantins, 2010 e 2021, e distância em relação ao município de Araguaína (Referência regional)

Municípios	População 2010	População 2021	Distância (Km) da Referência Regional (Araguaína)
Aragominas	5.882	5.705	38,8
Araguaína	150.484	186.245	0
Araguanã	5.030	5,856	96,2
Babaçulândia	10.424	10.668	61,8
Barra do Ouro	4.123	4.673	79
Campos Lindos	8.139	10.505	240,8
Carmolândia	2.316	2.627	35,7
Darcinópolis	5.273	6.250	83,5
Filadélfia	8.505	8.892	106
Goiatins	12.064	13.169	160
Muricilândia	3.152	3.623	58,3
Nova Olinda	10.686	12.014	58,7
Pau D'Arco	4.588	4.885	297
Piraquê	2.920	3.038	64,6
Santa Fé do Araguaia	6.599	8.000	59,8
Wanderlândia	10.981	11.785	70,4
Xambioá	11.484	11.500	118
TOTAL = 17	262.650	309.435	

Fonte: IBGE 2021. Diretoria de Pesquisas - DPE - Coordenação de População e Indicadores Sociais – COPIS Adaptada pelo autor.

Figura 3 - Mapa das Regiões da Saúde do Tocantins, destacando a Região Médio Norte Araguaia



A cidade de Araguaína concentra os serviços de saúde considerados de média e alta complexidade, nos âmbitos público e privado, motivo que torna a cidade referência para a região Médio Norte Araguaia, nesse tocante, além das instituições hospitalares, há clínicas privadas que realizam procedimentos de média complexidade, que explicam os fluxos de habitantes de seu entorno. As populações das demais cidades percorrem variadas distâncias para acessarem os serviços de saúde (Tabela 1).

Em Araguaína, as instituições que ofertam atendimento nas variadas especialidades partem da atenção básica à saúde, existindo 20 Unidades Básicas de Saúde distribuídas nos setores da cidade, nelas atuam 45 equipes de saúde da família. Também existem as instituições das gestões estadual, federal e particular (SEMUS, 2019). Ainda de acordo com Semus (2019), em 2018 foram realizados um total de 29.847 atendimentos nas especialidades médicas, destes, 10.621 são oriundos dos demais municípios e outras cidades, que não fazem parte da mesma região da saúde. Sendo os demais 19.226 atendimentos, da própria localidade de Araguaína.

Com relação às internações hospitalares, considerando o Hospital Municipal de Araguaína, cuja especialidade é o atendimento neonatal e pediátrico, ao considerar o ano de 2017, Semus (2019) informa que a maioria dos pacientes internados são do município de Araguaína, porém a um expressivo contingente de internações de pacientes de outros municípios. Neste hospital se localiza também a Unidade de Tratamento Intensivo – UTI Pediátrica, que é referência para a região.

Considerando o panorama da distribuição dos serviços de saúde ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na Região Médio Norte Araguaia, esta pesquisa partiu do contexto da acessibilidade proposta pela regionalização da saúde e buscou abordar as fragilidades e desafios para sua operacionalização, a partir da busca e dimensionamento dos aspectos que refletem na garantia do acesso à saúde para os municípios menores da microrregião.

Entende-se aqui que o processo de regionalização é influenciado pelo desenvolvimento desigual da região, que marca as desigualdades nos territórios, e que estas desigualdades intrarregional devem estar condicionando às vulnerabilidades manifestadas pela distância de onde vive a população até o local onde existem os serviços de saúde.

2.2 Desenho do estudo e amostragem no banco de coleta de dados

O estudo consistiu-se em uma pesquisa quali-quantitativa, do tipo descritiva e explicativa, com o intuito de mostrar a regionalização da saúde na Região Médio Norte Araguaia e os elementos associados, visando investigar tal processo. E, para isto, buscou-se descrever as heterogeneidades sócio espaciais que podem representar desafios para a universalidade e a equidade da saúde nessa região. Para tanto, foram utilizados como parâmetros para as análises, os serviços de saúde ofertados no município de Araguaína, enquanto região central na microrregião, onde se busca discriminar seu montante de prestação de serviços aos demais municípios na tentativa de tecer explicações acerca das dificuldades para garantir o acesso à toda a população compreendida dentro desse recorte regional.

Caracterizou-se, também, como um estudo transversal, que analisou dados de um período temporal específico, anos de 2019 e 2020. Em relação ao procedimento, é uma pesquisa documental, com levantamento de dados nas instituições que ofertam os serviços de saúde à população de outros municípios, que procurou pelos serviços públicos de saúde em Araguaína, e dessa forma, buscou-se investigar as modalidades de especialidades

acessadas e a origem desses pacientes. Para esse fim, as fontes de dados foram: os relatórios de internações hospitalares do Hospital Regional de Araguaína, Hospital Municipal de Araguaína, informações da Central de Regulação para consultas às especialidades.

Também fizeram parte dos levantamentos as buscas ao Núcleo de Apoio Técnico (NAT) da Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína, Pasta da Saúde do Ministério Público Estadual em Araguaína, para obtenção dos dados sobre judicialização. Para o levantamento do perfil econômico e demográfico, foram levantados os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e da Secretaria do Planejamento e Orçamento (SEPLAN – TO). Desses dados, foram incluídos aqueles a partir do ano 2000, visando historicizar a evolução do desenvolvimento na região. Em relação às judicializações, foram excluídas aquelas que não se referem a acessibilidade. O quadro 1 resume os dados secundários que foram levantados.

Para atender ao objetivo específico 1º: Descrever a estrutura da saúde da Região Médio Norte Araguaia, visando entender como as desigualdades sócio espaciais, nesse território, interferem no acesso à saúde e na promoção da vulnerabilidade. Primeiramente, foi descrito a estrutura da saúde da Região para conhecermos a sua realidade, considerando a densidade demográfica e os serviços de saúde ofertados em cada cidade. Para este objetivo foram consideradas as informações disponibilizadas pelas Secretaria de Saúde Estadual (SESAU) e Secretaria de Planejamento e Orçamento (SEPLAN) e IBGE.

Para contemplação dos objetivos específicos: 2º: Identificar, por município, o levantamento de indivíduos que buscam os serviços de saúde em Araguaína, bem como os principais serviços de saúde que estão atraindo a população dos municípios vizinhos; e 3º: Investigar como a densidade sócio - demográfica e a distância podem se configurar como fatores desafiadores para o acesso aos serviços de saúde do SUS, na região do Médio Norte Araguaia, foram acessados dados das informações hospitalares nas diversas instituições públicas de saúde de Araguaína, da Gerência Estadual dos Serviços de Saúde Públicos do Tocantins e da Central de Regulação. Após o levantamento dos dados, especificou-se a origem dos pacientes, os serviços de saúde mais procurados e casos que foram judicializados, acessados no banco de informações da pasta da saúde do Ministério Público. Analisou-se as distâncias percorridas pela clientela, traçando-se um comparativo dos serviços de saúde procurados em Araguaína e se estes são ofertados em sua origem, conforme informações a respeito da oferta dos serviços de saúde à região da gerência estadual, como forma de compreendermos a vulnerabilidade dessa população e os motivos da migração (conforme quadro 2).

Foram levantadas as classificações das cidades da Região Médio Norte Araguaia quando à classificação de desenvolvimento, considerando o Índice de Desenvolvimento Regional (IDR), que permitiu compreender a representatividade de cada cidade, sua relação de dependência, qualidade de vida local e informações para a análise do processo de migração, uma vez que o IDR faz abordagem à oferta de bens e serviços em cada cidade.

Quadro 2- Resumo dos dados secundários levantados

Banco de Dados	Fonte:	Informação
Hospitalar	Hospital Regional de Araguaína, Hospital Municipal de Araguaína, Centro de Especialidades Médicas (ambulatório), Central de Regulação de Atendimento. (obtenção por meio de ofício)	Origem do paciente (cidade) Sexo, idade, especialidade
Judicializações	Ministério Público Estadual e Núcleo de Apoio Técnico NAT (obtenção por meio de ofício)	Processos judiciais de especialidades médicas (parâmetros: origem.)
Sociodemográfico	IBGE, SEPLAN, SESAU (acesso público)	Nº de habitantes, desenvolvimento econômico, distância entre municípios.
Serviços de saúde existentes nas cidades da Região Médio Norte Araguaia	SEPLAN, SESAU, SEMUS	Existência dos serviços de saúde públicos nas demais cidades da Região Médio Norte Araguaia

Para melhor compreensão foi realizada uma análise dos aspectos qualitativos e realizados o mapeamento da distribuição dos casos segundo à origem, além da correlação entre quantitativos de pacientes em relação aos serviços mais procurados em Araguaína como descrito a seguir.

2.3 Análise dos dados

Este tópico aborda de forma simplificada as metodologias para análise e apresentação dos dados. Foi realizada a construção de mapas considerando a estrutura espacial e permitindo representar as redes de fluxos dos usuários e a compreensão da dinâmica de dependência entre os municípios da Região Médio Norte Araguaia, mensurando os pontos frágeis considerando a distância, a especialidade e o quantitativo. Para isso, foi considerado o método quantitativo que permitiu fazer a inferência da relação entre a distância e o acesso ao serviço de saúde. Para construção de redes de fluxo os dados georreferenciados foram tabulados e especializados com ajuda do software livre QGIS 3.16, disponível em https://www.qgis.org/pt_BR/site/about/index.html.

O levantamento de dados nos permitiu realizar análises associativas entre os parâmetros quali-quantitativos como, por exemplo, tipo de especialidade versus distância geográfica e estas especialidades e o perfil dos usuários. Para complementação destas análises seria utilizado o programa de estatística *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), visando a elaboração de gráficos, contudo, o levantamento dos dados constatou que algumas variáveis abordadas para algumas cidades era de expressão zero, no levantamento, ou muito insignificante em relação ao absoluto expresso, pois este estudo não se limitou a uma amostragem. A exemplo, a concentração dos serviços de saúde, clínicas, hospitais e profissionais da saúde em Araguaína em relação às demais cidades, fato que inviabilizou a representação desses dados em gráficos, sendo melhores visualizados em tabelas, visto que estabeleceria a existência de apenas uma coluna, em relação aos gráficos de colunas, ou aproximadamente 100% em cor única, para a representação no gráfico de pizza.

Para uma análise qualitativa dos dados foi considerado as teorias de Milton Santos a partir de uma proposta dialética no contexto sócio histórico do território avaliado para a classificação dos espaços em luminosos, opacos e rugosos, considerado a historicidade do desenvolvimento de Araguaína, que a tornou um ponto luminoso no contexto regional e que exerce influência às demais cidades.

O método dialético correspondeu ao objetivo de desenvolvimento de uma interpretação dinâmica e multifatorial, coerente com as abordagens sociais de Milton Santos, visto que os fatores sociais devem ser considerados a partir de sua interação com as influências políticas, econômicas, culturais e não considerados de forma isolada, havendo um

movimento e interação com a realidade e a totalidade (PRODANOV; FREITAS, 2013, P. 127).

Desenvolveu-se discussões e análises com base na teoria na proposta por Milton Santos, considerando os pontos luminosos, opacos e rugosos, denominados conforme o grau de desenvolvimento e heterogeneidade de uso do território, que se expressou na presença dos variados serviços nas localidades, entres eles os da saúde, como descreveu Tocantins (2017). Esses pontos são vistos como desafios operacionais verificados no processo de Regionalização da Saúde, conforme Brasil (2002), que na Região Médio Norte Araguaia, impactam na qualidade de vida da população, ao considerar o deslocamento para acessarem esses serviços. Em paralelo, fez-se menção das políticas da Regionalização da Saúde, discutindo-se os princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS.

A delimitação dos espaços, considerando as características de desenvolvimento intrarregional das cidades, em luminoso e opaco, permitiu realizar uma segunda análise crítica baseada na capacidade dos indivíduos de fazerem escolhas, buscarem pelos serviços de saúde onde ele é mais bem ofertado e do condicionamento da oferta dos serviços de saúde pela racionalidade capitalista, visto que, a cidade de Araguaína é a mais desenvolvida economicamente e com capacidade de ofertar mais serviços, concentrando-os, o que limita sua distribuição. Essa perspectiva possibilitou a identificação dos locais de maior fragilidade para a garantia dos direitos de saúde previstos na política pública do SUS, como as cidades mais distantes, a partir das redes de fluxo e relações quantitativas obtidas. Essas fragilidades foram analisadas com base na teoria de privação de liberdade de Amartya Sen e evidenciadas nos casos judicializados ao Ministério Público.

Considerado que a limitação da liberdade é um aspecto da pobreza, como na concepção de Sen (2000), que defende serem as pessoas o verdadeiro motivo do desenvolvimento, não havendo necessidade de justificar a mobilização de investimentos para esse fim, bem como da capacidade dos indivíduos de participarem de decisões políticas cruciais, entendidas como condição que tornam os sujeitos agente na busca pelo bem-estar e demais demandas substantivas, a presença da liberdade e alienação dos direitos foram verificados e analisadas nos casos de judicialização, que foram utilizadas como parâmetros que evidenciam os desafios do acesso aos serviços de saúde do SUS na Região Médio Norte Araguaia.

A seguir, são apresentados os resultados referentes ao levantamento de dados deste estudo. Nele, promoveu-se um diálogo dos dados coletados sobre o acesso dos usuários nas repartições públicas, periódicos e documentos oficiais que descrevem a distribuição dos serviços de saúde na Região Médio Norte Araguaia, com ideias críticas de autores, como Milton Santos e Amartya Sen, e postulados no Ministério da Saúde. Para tanto, foram elaborados quadros e gráficos que auxiliam a compreensão e análise dos dados.

3 RESULTADOS

Considerando o perfil socioeconômico dos municípios que fazem parte da Região da Saúde Médio Norte Araguaia, pode-se elencar fatores que tomam frente com as condições que vulnerabilizam a acessibilidade da população aos serviços de saúde dentro deste território.

Os aspectos demográficos, os indicadores sociais, os aspectos econômicos, a distribuição dos serviços de saúde e o Índice de Desenvolvimento Regional nos municípios são variáveis que norteiam a compreensão das condições que influenciam na implementação das políticas da Regionalização da Saúde.

3.1 O Índice de Desenvolvimento Regional na Região Médio Norte Araguaia

Referenciar o Indicador de Desenvolvimento Regional (IDR) do Tocantins, concebido por Oliveira (2019), que o elaborou, com dados secundários de 2000 a 2010, permitiu contextualizar as variáveis usadas para a classificação dos 139 municípios, conforme o desenvolvimento, os quais foram distribuídos em três grupos: os municípios polos de desenvolvimento, sendo 15; os de estágio intermediário, sendo 34; e os demais 90 municípios em estágio retardatário.

Segundo Oliveira (2019), o desenvolvimento regional envolve a análise de fatores sociais e econômicos no interior de uma região, uma vez que, compõem a mobilidade espacial do capital, que ora bem ou mal empregados, podem reduzir ou acelerar as desigualdades regionais, podendo auxiliar na implantação de políticas públicas de atendimento à população, promovendo o processo de desenvolvimento. Assim, o desenvolvimento regional é um processo de transformação social, econômico, cultural e político.

Considerando a distribuição dos municípios da Região Médio Norte Araguaia conforme o IDR calculado, podemos observar que para esta região apenas a cidade de Araguaína apresentou o IDR necessário para a classificação como polo de desenvolvimento, sendo os demais (Carmolândia, Aragominas, Muricilândia, Nova Olinda, Santa Fé do Araguaia, Babaçulândia, Piraquê, Wanderlândia, Barra do Ouro, Darcinópolis, Araguanã, Filadelfia, Xambioá, Goiatins Campos lindos e Pau D'arco) classificados como retardatários; sendo que três entre estes estavam entre os 19 municípios com os piores IRD do Tocantins no mesmo período: Barra do Ouro, Campos lindos e Muricilândia.

Segundo Oliveira (2019), boa parte destes municípios classificados como retardatários, não estão interligados nos corredores de transporte, o que aumenta os custos de

locomoção e acessibilidade, tornando o deslocamento mais distante. Em tais localidades ainda existe a necessidade de postos de saúde, escolas e professores qualificados.

Em relação ao capital, a concentração é maior nos municípios polo de desenvolvimento, aqui referindo à cidade de Araguaína, também com a maior taxa de empregabilidade, o segundo maior produto interno bruto (PIB) do Estado (11%), também o segundo em arrecadação de impostos. A exemplo, o ICMS, que é o imposto arrecadado sobre a circulação de mercadorias e serviços, indicando que a cidade de Araguaína com a maior circulação de capital. Ela polariza a economia local, sendo um dos três polos do Estado. Também, há maior capacidade de ofertar bens, serviços e lazer, que frequentemente não são encontrados nos municípios com base econômica retardatária.

As demais arrecadações sobre bens, como o imposto sobre a propriedade de veículos automotores (IPVA), estão ligadas ao número de veículos em circulação cuja renda disponível é mais elevada para sua aquisição. Este item reflete a presença de bem-estar ou forma de trabalho que representa. Conforme Seplan (2017), em 2015, a cidade de Araguaína contava com uma frota de 102.299 veículos e arrecadação em IPVA de 17.203.071,49.

Evidente considerarmos que os municípios classificados como retardatários, não possuem renda suficiente para a aquisição destes bens, neles a pobreza é mais presente. Com tamanhos desafios, pode-se entender que a dependência destes municípios retardatários de investimentos das esferas federal e estadual é elevada, o que induz ao menor poder de decisão para atender às necessidades de sua comunidade, entre eles, a implantação dos serviços de saúde, que, mesmo de baixa complexidade, há demandas de custeios, cuja racionalidade do capital a influencia. O avanço de desempenho dos indicadores sociais e econômicos representa um avanço na qualidade de vida da população, bem como para o capital humano do Estado.

De acordo com Viana e Elias (2007), a combinação entre crescimento econômico, mudanças fundamentais na estrutura produtiva e melhoria do padrão de vida da população podem se configurar pela dinâmica virtuosa entre desenvolvimento e saúde. Contudo, a mesma fonte pontua que é inadequada a abordagem da economia da saúde, visto que resume o desenvolvimento relacionado à saúde, considerando esta um bem primário, fato que limita a percepção da saúde como um direito social, longe de ser mera ferramenta econômica. Porém, a relação da saúde com o desenvolvimento, que faz mais de 30 anos da criação do SUS, valida a necessidade de críticas ao sistema de saúde vigente, uma vez que regiões remotas ou com piores condições socioeconômicas, não têm acesso aos serviços de saúde de qualidade.

Realidade que se aplica à Região Médio Norte Araguaia, marcada por contrastes econômicos variados que refletem diretamente na acessibilidade aos serviços de saúde. Ora, a saúde também é um serviço à disposição da população e que exerce efeito crucial de atração para a existência de um fluxo populacional para onde é ofertada. As cidades menores, distantes e com menores condições socioeconômicas são flageladas pela ausência de médicos e serviços de saúde, fatores que refletem no IDR.

Importante considerar a relação entre crescimento econômico e desenvolvimento na visão de Schumpeter (1912). Segundo este autor, ambos não são sinônimos, uma vez que o primeiro é apenas uma das dimensões do segundo. Essa visão também vai ao encontro da ideia de desenvolvimento econômico de Furtado (1964), que o define como um processo de mudança social, visando atender as necessidades humanas, pré-existentes ou criadas pela própria mudança decorrentes das inovações tecnológicas.

3.2 A distribuição populacional e a distância entre os municípios da Região da Saúde Médio Norte Araguaia

Conhecer a população das cidades foi relevante para o entendimento de sua representação regional, bem como a distância que precisa percorrer para acessar os serviços ofertados na cidade polo.

Considerando que a alocação de recurso para os investimentos em saúde e demais serviços destinados à população depende do número de habitantes em cada município, o levantamento do quantitativo e sua apresentação é importante para a compreensão da representatividade dentro deste território.

A cidade de Araguaína é a mais populosa da Região Médio Norte Araguaia, sendo que em 2015 expressava 170.183 habitantes. O seu crescimento populacional vai além da natalidade que, nesta cidade no período de 2010 a 2015, foi de 414, sendo que sua população aumentou 19.699, indicando que essa população é referente à imigração, que se incrementa à mão de obra presentes da cidade, atraídos por bens, serviços e empregos (IBGE, 2015). Dessa forma, a cidade de Araguaína se expressa como um ponto luminoso, atraindo a população dos arredores, o que culmina também na instalação de indústrias e empresas, das diversas modalidades, também atraídas pela segurança para os investimentos.

De acordo com dados do IBGE (2015), com relação às demais cidades, ao se fazer a diferença entre a população entre 2015 e 2010, e considerar o número de nascimentos, observamos que houve inexpressivo crescimento populacional. A cidade de Campos Lindos

apresentou o segundo maior crescimento no mesmo período, igual a 1.269, e nascidos vivos igual a 376. Com relação ao menor crescimento populacional no mesmo período, tem-se a cidade de Piraquê cujo aumento populacional foi 111 habitantes, e nascidos vivos de 75.

Nessas cidades, com menor desenvolvimento, o fenômeno da imigração é inexpressivo visto que o poder de atração é menor, sua expressividade territorial é opaca com relação ao poder de atraírem pessoas para viverem em sua abrangência. Porém há fluxos apontando para a cidade de Araguaína, em busca de serviços de saúde, trabalho e lazer.

Para o entendimento da territorialidade do espaço com suas interações de fluidez, localização e deslocamento, com relação à Região Médio Norte Araguaia, as distâncias dos municípios ao polo de referência, Araguaína, cujo levantamento é justificado por ser uma das variáveis que nos permite entender a distância a ser percorrida pela população em busca aos serviços de saúde, sendo um fator desafiador para a acessibilidade.

De acordo com a Tabela 1, nota-se que a distância média que a população dessa região precisa se deslocar até o polo regional, que é Araguaína, é 94,98 Km, sendo a maior distância, a cidade de Pau D'arco, 297 km, e a menor, a cidade de Carmolândia, 35,7 km.

No entendimento da agilidade de atendimento preconizada para determinadas urgências, compreende-se que quanto mais distante, maior a vulnerabilidade de acesso aos serviços de saúde, considerando a disponibilidade de meios de transporte, a qualidade das estradas, a duração da viagem, a necessidade de hospedagem e alimentação. Nas entrelinhas dos quilômetros a serem percorridos existem informações sub entendidas que comprometem a qualidade de vida da população.

3.3 Distribuição dos serviços de saúde na Região de Saúde Médio Norte Araguaia

A cidade de Araguaína, sendo referência para a Região da Saúde Médio Norte Araguaia, concentra a maior quantidade de instituições que ofertam atendimento à saúde, das modalidades privada e pública. Para prestação dos serviços de saúde a cidade conta com três hospitais gerais públicos: Hospital Geral de Araguaína, Hospital Infantil Municipal e Hospital de Doenças Tropicais; e dois hospitais privados: Hospital e Maternidade Dom Orione, que também oferta atendimentos vinculados ao SUS, e Hospital São Lucas. Além da Unidade de Pronto Atendimento – UPA e de 19 Unidades Básicas de Saúde. A cidade também conta com variados consultórios e clínicas (Tabela 2).

A capacidade de acolhimento da demanda na cidade de Araguaína se destaca na Região e os serviços ofertados atraem pessoas de demais Estados e Regiões de Saúde,

orientada pela centralidade ocupada por esta cidade e pelo fluxo vinculado ao desenvolvimento local. A cidade de Araguaína é polo para a Macro Região de Saúde Norte do Tocantins e para a Região Médio Norte Araguaia, incidindo nela a referência para esta Região do Estado do Tocantins (Mapa 1). Em 2021, sua capacidade em leitos públicos e privados para internações somavam 599. Conforme a Tabela 3.

MAPA 1
Mapa de Alcance da Rede Hospitalar

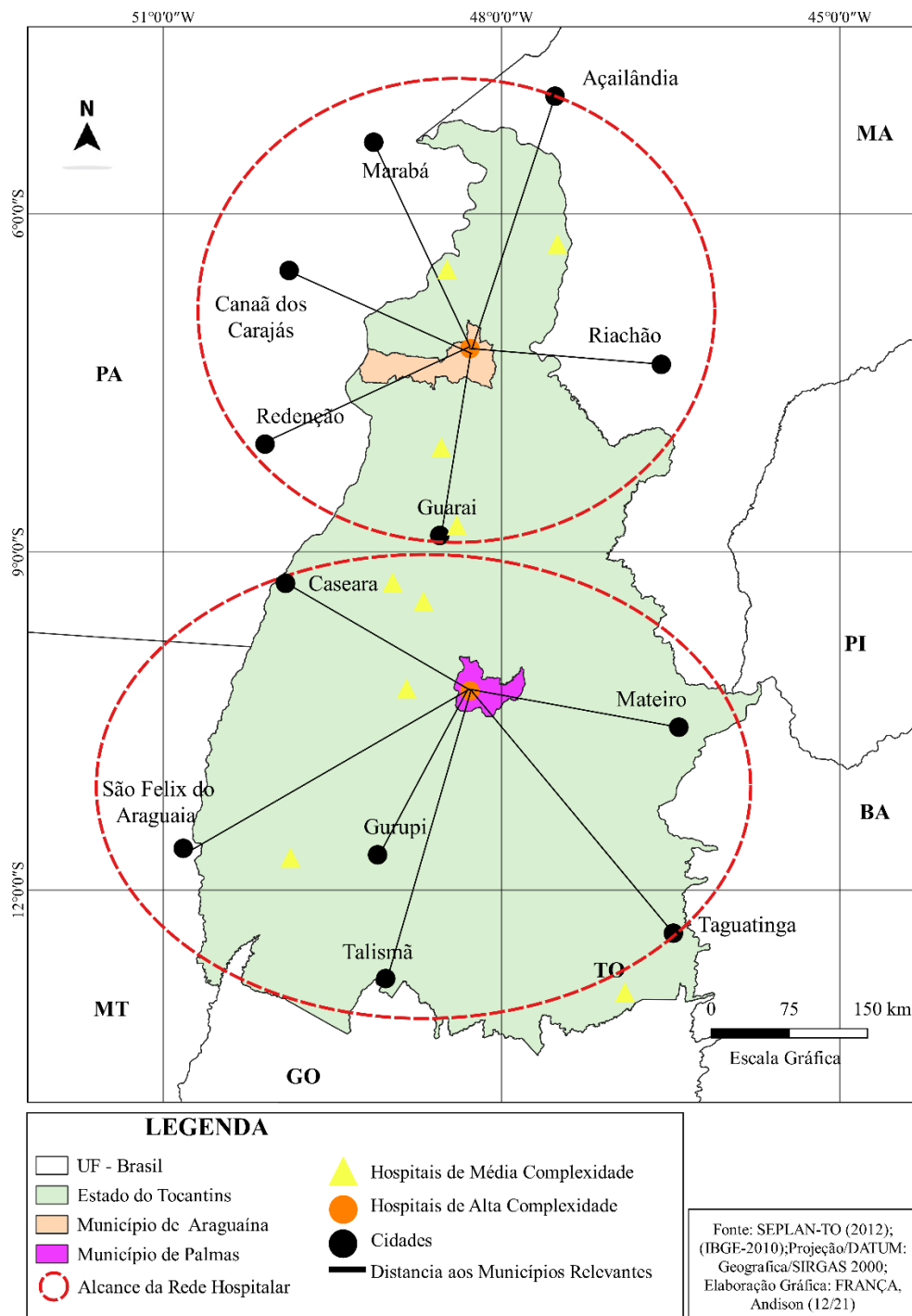


Tabela 2 - Número de Estabelecimentos de Saúde na cidade de Araguaína - 2019 e 2021*

Tipo de Estabelecimento	2019	2020	2021
Centro de Saúde/Unidade Básica	18	19	19
Clínica Especializada/Ambulatório	20	21	21
Consultório Isolado	86	91	91
Hospital Geral	5	5	5
Policlínica	-	2	2
Unidade de pronto atendimento	1	1	1
Unidade de Apoio-Diagnose e Terapia	22	24	24
Unidade de Vigilância em Saúde	3	3	3
Hospital Municipal de Campanha Covid	-	-	1
Total	155	166	167

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES, Referência Dezembro. *Referência ao mês de julho de 2021. Elaboração: Secretaria do Planejamento e Orçamento/Diretoria de Pesquisa e Informações Econômicas. Adaptado pelo autor.

Tabela 3 - Número de Leitos de Internação Hospitalar na cidade de Araguaína - 2019 a 2021*

Tipo de Estabelecimento	2019	2020	2021
SUS	459	419	495
Não SUS	90	94	104
Total	549	513	599

Fonte: Ministério da Saúde, DATASUS - Sistema de Informações sobre a Mortalidade - SIM
Elaboração: Secretaria do Planejamento e Orçamento/Diretoria de Pesquisa e Informações Econômicas. Adaptadas pelo autor.

Conhecer esses números foi importante para tecermos críticas a respeito da distribuição inadequada destes serviços de saúde, considerando que é necessário a existência de serviços da atenção básica à saúde em todas as comunidades, mesmo as menores, justificados pela importância profilática que representam para a prevenção de patologias que culminam no adoecimento da população, sendo a atenção primária a porta de entrada para os demais níveis de atenção hospitalar.

Com relação ao levantamento de dados a respeito da existência de Unidades Básicas de Saúde e Leitos para internações nas demais cidades da Região Médio Norte Araguaia, segundo dados da Secretaria do Planejamento e Orçamento do Tocantins (SEPLAN), referentes a 2016, todas as demais cidades possuíam Unidades Básicas de Saúde, com variação de 01 a 03 em quantidade, porém, a respeito da presença do profissional médico, a mesma fonte aponta que no ano de 2010, a cidade de Muricilândia era a única que não contava com este profissional. A respeito de leitos de internação, somente as cidades Goiatins,

Santa Fé do Araguaia e Xambioá, contavam com esta modalidade de acolhimento à saúde, somando juntas 44 leitos de acesso público. A presença de consultórios e clínicas da atenção privada foram observados somente na cidade de Xambioá.

O levantamento dos dados a respeito da presença ou ausência de leitos de internação hospitalar e demais instituições de saúde nas 17 cidades da Região Médio Norte Araguaia, permitiu compreender que sua distribuição desigual por esse território influencia negativamente no processo de acessibilidade a eles pela população.

No Quadro 3 resume como estão distribuídos os níveis de atenção à saúde, conforme a complexidade, na Região de Saúde Médio Norte Araguaia. Nota-se que a concentração desses serviços está na cidade de Araguaína, que reside as referências das Atenção Secundária e Terciária, fator que se correlaciona com o poder atrativo que esta cidade exerce na região.

De acordo com Gadelha e Costa (2012), a organização dos serviços de saúde no território norteadada pela dimensão democrática reflete ao verdadeiro desenvolvimento regional e nacional, uma vez que a saúde se associa à seguridade social, sendo um fator básico de cidadania, logo está associada à dimensão econômica e tecnológica dos investimentos que demandam. Dessa forma, a otimização da distribuição dos serviços de saúde na Região Médio Norte Araguaia representaria a irradiação do desenvolvimento intrarregional, promovendo maior acessibilidade, que tem a distância como um dos desafios.

Contudo, a distribuição dos serviços de saúde classificados conforme a complexidade, primários, secundários e terciários no território é influenciada por fatores condicionantes, como a existência de instituições de saúde onde serão ofertados e a existência de profissionais para a sua promoção. Porém, esses elementos são conduzidos pela racionalidade da economia, que passa a subordinar e a limitar a aplicação das políticas públicas idealizadas para a promoção do acesso. Ora, a política econômica vem como onerosa a implantação de serviços de saúde em localidades onde existem comunidades de pequena arrecadação de impostos.

Realidade presente no Estado do Tocantins, onde a maioria dos municípios possuem uma pequena população, mas aqui considerando a Região Médio Norte Araguaia, a qual se refere este estudo, os municípios abrangentes apresentam perfis populacionais semelhantes, Tabela 2, destacando-se a cidade de Araguaína com maior população, polo regional. Esse fator, agregado às distâncias existentes entre as cidades e a inexistência de serviços de saúde nas proximidades onde vivem as populações dessas pequenas cidades, condicionam situação de vulnerabilidade social.

Viana, Silva e Elias (2007) abordam a ampliação do papel da saúde nos modelos de desenvolvimento nacional, considerando três grandes eixos estruturantes: a

desmercantilização do acesso, a mercantilização da oferta e a formação do Complexo Econômico-Industrial da Saúde.

O Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS), base produtiva da saúde, são os serviços existentes e conduzidos pela demanda com estreita relação com a estratégia econômica de desenvolvimento. Nele, há constante análise da relação sistêmica estabelecida entre segmentos industriais e o setor de serviços de saúde. Gadelha et al. (2012) descreve este Complexo a partir de uma segmentação em indústrias de base química e biotecnológica (farmacêutica, vacinas, hemoderivados e reagentes para diagnóstico); indústrias de base mecânica, eletrônica e de materiais (equipamentos e materiais médico-hospitalares e odontológicos); e serviços de saúde (produção hospitalar, laboratorial e de serviços de diagnóstico e tratamento. É notável que o CEIS promove avanços à saúde que não se limita ao setor privado, pois as evoluções tecnológicas são assimiladas pela rede pública, que participa de seu financiamento.

Pode-se considerar que a cidade de Araguaína apresenta um Complexo Econômico-Industrial da Saúde, composto por numerosas clínicas de especialidades médicas, laboratórios, hospitais públicos e privados, que, somados às instituições de educação que ofertam cursos da saúde, fortalecem sua representatividade. A implantação de serviços de saúde vai ao encontro da presença de profissionais que se concentram em Araguaína, atraídos pelo trabalho e pela qualidade de vida decorrentes do desenvolvimento local, fator que se expressa no baixo número de clínicas, profissionais médicos e hospitais nas demais cidades, acentuado a assimetria intrarregional, Tabela 4.

A permanência da assimetria intrarregional relacionada a distribuição dos serviços de saúde, ao se considerar a Região Médio Norte Araguaia, que, como tantas outras, enfrenta a mesma realidade, principalmente na Região Norte do Brasil, que teve um processo de urbanização posterior às demais Regiões, Oliveira (1998), está vinculada à mercantilização do acesso aos serviços de saúde, que induzem à fomentação de sua implantação na cidade de Araguaína ao fortalecimento do fluxo populacional para esta localidade e a pouca oferta desses serviços no setor público, seja local ou mesmo distribuídos na região, ora também ausentes na maioria das cidades na Região Médio Norte Araguaia.

A assimetria de desenvolvimento está relacionada com o fenômeno migratório citado por Jansen (1968), sendo ela um dos motores indutores que o envolve. Este autor explica, sociologicamente, que a movimentação dos recursos humanos é influenciada pelo desenvolvimento desigual nos territórios, seja econômico ou cultural. Aqui abordando o fator de desenvolvimento da saúde, que implica à relativização da oferta dos serviços dos saúde

ofertados na Região Médio Norte Araguaia, como demonstra a Tabela 5. A diferença na distribuição de profissionais e instituições de saúde nesta região são fatores que orientam o fluxo populacional, também relacionada à acessibilidade, como demonstram as Tabelas 7, 8 e 9, que se referem à demanda atendida nos serviços de saúde em Araguaína à populacional oriunda dos demais municípios.

Segundo Viana, Silva e Elias (2007), a desmercantilização do acesso e a mercantilização da oferta, mesmo com formação do Complexo Econômico-Industrial da Saúde, são necessários para que se possa contemplar os direitos de universalidade e integralidade no acesso à saúde, promovendo-se mais investimentos em serviços de saúde públicos para a população e excluindo-se barreiras econômicas que limitam a acessibilidade.

A concentração dos serviços de saúde na cidade de Araguaína, formando um Complexo Econômico-Industrial da Saúde não é visto com entusiasmos, visto que reflete a assimetria na distribuição dos mesmos serviços de saúde para as demais pequenas cidades. Ver-se a necessidade de considerar a marcação de uma distância máxima para oferta de serviços de saúde, não somente da Atenção Básica, considerados essenciais, pois com o levantamento de dados deste estudo observou-se que, mesmo com a existências do nível primário à saúde nas localidades, persistiu-se o fluxo populacional em direção à cidade de Araguaína, em busca de serviços de saúde complexos (atenção secundária e terciária), as especialidades, Tabelas 6, 7 e 8.

Ao abordar a urbanização, Lefebvre (2011) apresenta os fenômenos de explosão e implosão populacional, relacionados a processos migratórios, ora influenciados pela industrialização local, condicionando a população a viver em condições marginalizadas, afastadas dos centros onde estão presentes serviços essenciais. O mesmo autor cita outro fenômeno, a irradiação do desenvolvimento no qual as localidades satélites são impactadas pelo crescimento econômico das cidades médias em consequência da expansão das indústrias que necessitam se estabelecer em locais estratégicos para o crescimento e escoamento de produção, visando o setor terciário, o mais próximo do consumo.

O fenômeno de implosão populacional está relacionado à saída de parte considerável da população para centros onde há demanda para a absorção da força produtiva, principalmente jovens atraídos pela oferta de trabalho, estudo e qualidade de vida. A cidade de Araguaína ambienta condições que propiciam esse fenômeno nas cidades próximas, evidenciado pelo seu crescimento populacional que vai além da natalidade. A exemplo, esta cidade cresceu de 150.484 habitantes em 2010 para 186.245 habitantes em 2021, conforme dados do IBGE, Tabela 2, considera-se que esse crescimento está relacionado ao processo de

migração. As demais cidades da Região Médio Norte Araguaia apresentaram um crescimento populacional que se limita à natalidade local.

De acordo com Seplan (2017), neste mesmo período houve um crescimento econômico significativo em Araguaína, com a implantação de novas empresas, em sua maioria, referentes aos setores terciários, como supermercados, lojas, clínicas e construção civil, com perfil salarial compatível com a população jovem, em sua maioria salário mínimo, além da abertura de novos cursos profissionalizantes nas instituições de ensino. Condições que despertam o interesse para que o visitante se torne um morador.

Ainda sobre o processo de irradiação de desenvolvimento, considerando que Lefebvre (2011) se refere à irradiação promovida pela industrialização, setor secundário, não se observa esse fenômeno na Região Médio Norte Araguaia, pois o principal setor econômico em Araguaína é o terciário, bens e serviços, que, em contramão à irradiação, promove a atratividade desta cidade, logo o setor de consumo desses serviços deseja o consumidor o mais próximo possível. O mesmo reverbera na oferta de serviços de saúde, até então condicionado pela racionalidade do capital. Porém, essa objetivação da saúde como mais um elemento da economia é visto por Viana e Elias (2007) como degradantes para a condição humana. De acordo com Gadelha e Costa (2012), sua distribuição de forma inteligente pelo território com vista a atender a oferta é estratégico e democrático e concebe o verdadeiro desenvolvimento, como consequência, a superação da assimetria da oferta dos serviços de saúde intrarregional, conduz à contemplação da equidade de acesso nos variados locais.

Gadelha (2007) enfatiza, também, que não se pode considerar a saúde como uma consequência natural do desenvolvimento, ou um apêndice da economia, mas que seja um dos objetivos primários do desenvolvimento, articulando-se, com vista a atender o bem estar social.

Quadro 3 – Distribuição dos serviços de saúde na Região Médio Norte Araguaia conforme o grau de complexidade

Estabelecimento	Nível de Atenção (complexidade)	Cidades com o serviço
Unidade Básica de Saúde (UBS)	Atenção Primária	Araguaína Araguanã Aragominas Babaçulândia Barra do Ouro

		Carmolândia Darcinópolis Filadélfia Muricilândia Nova Olinda Pau D'Arco Campos Lindos Santa Fé do Araguaia Goiatins Wanderlândia Piraquê Xambioá
Unidade de Ponto Atendimento (UPA)	Atenção Secundária	Araguaína Xambioá
Ambulatórios de Especialidades	Atenção Secundária	Araguaína Xambioá
Hospitais de Pequeno Porte	Atenção Secundária	Araguaína Xambioá
Serviço de Atenção Móvel de Urgência (SAMU)	Atenção Terciária	Araguaína
Hospitais de Alta Complexidade	Atenção Terciária	Araguaína
Unidade de Terapia Intensiva (UTI)	Atenção Terciária	Araguaína

Fonte: Levantado pelo Autor.

Tabela 4 – Quantitativo de Clínicas, médicos e hospitais nas cidades da Região Médio Norte Araguaia.

Municípios	Número de clínicas	Número de Médicos	Números de Hospitais
Aragominas	0	2	0
Araguaína	167	324	4
Araguanã	0	1	0
Babaçulândia	0	2	0
Barra do Ouro	0	1	0
Campos Lindos	0	1	0
Carmolândia	0	0	0
Darcinópolis	0	1	0
Filadélfia	0	2	0
Goiatins	0	2	1
Muricilândia	0	0	0
Nova Olinda	0	1	0
Pau D'Arco	0	1	0
Piraquê	0	1	0
Santa Fé do Araguaia	01	4	1
Wanderlândia	0	2	0
Xambioá	01	9	1

Fonte: SESAU 2021.

3.4 A demanda de atendimento na Região de Saúde Médio Norte Araguaia

O levantamento de dados referentes à oferta de atendimento das especialidades, na cidade de Araguaína aos 17 municípios da Região de Saúde Médio Norte Araguaia, tabelas 5 e 6, nos permite visualizar a quantidade da demanda atendida para esses municípios e, tendo o entendimento que esses números de atendimentos, que aconteceram para os municípios dos arredores de Araguaína, representa o deslocamento das populações dessas comunidades, sobretudo o acesso, mesmo que sob variados desafios, representa o processo de imigração, motivado pela concentração dessas especialidades nesta cidade, e que a ausência destes serviços nas demais cidades da Região Médio Norte Araguaia, vulnerabiliza a população que deles dependem, mesmo existindo sua oferta na cidade de referência, considerando que uma parcela dessa população não tem meios próprios de condução, ajustando-se aos horários dos transportes coletivos, que nem sempre são oportunos aos horários dos atendimentos, culminando na espera, na necessidade de pernoite e alimentação.

Tabela 5 – Distribuição dos atendimentos ofertados no município de Araguaína para as especialidades, com referência aos dados da Regulação Municipal nos anos **2019 e 2020**

Especialidade	Atendimentos
Cardiologia	613
Cirurgião geral/pequenas cirurgias	164
Clínica médica	143
Reumatologia	322
Mastologia	26
Dermatologia	309
Carmolândia	58
gastroenterologia	510
Endocrinologia	302
Neurologia	351
Oftalmologia	113
ortopedia	876
Otorrinolaringologista	133
Pediatria	204
Ginecologia	752
Urologia	630
Oncologia	530
TOTAL	5.709

Fonte: Regulação Municipal de Saúde de Araguaína, Levantamento pelo autor

Tabela 6 – Distribuição dos atendimentos das especialidades aos municípios da Região Médio Norte Araguaia em Araguaína, com referência aos dados da Regulação Municipal nos anos 2019 e 2020

Municípios	Atendimentos
Aragominas	71
Araguaína	3.689
Araguanã	175
Babaçulândia	178
Barra do Ouro	76
Campos Lindos	38
Carmolândia	245
Darcinópolis	130
Filadélfia	181
Goiatins	75
Muricilândia	256
Nova Olinda	186
Pau D'Arco	88
Piraquê	25
Santa Fé do Araguaia	78
Wanderlândia	139
Xambioá	54
TOTAL (17 municípios)	5.709

Fonte: Regulação Municipal de Saúde de Araguaína, Levantamento pelo autor

A tabela 5 apresenta o resultado do levantamento de dados referentes à procura pelos serviços de saúde na cidade de Araguaína, distribuídos conforme a especialidade. Como a demanda de procura é expressiva, para melhor visualização, foram distribuídos conforme as cidades.

Esses números expressam a quantidade geral de atendimentos que aconteceram para as 17 cidades na Região Médio Norte Araguaia, mediante coparticipação e acordos de repasses financeiros firmados entre os municípios para a manutenção das especialidades, com cotas de vagas para cada cidade, que são distribuídos pelo serviço de regulação, através da análise de cada caso.

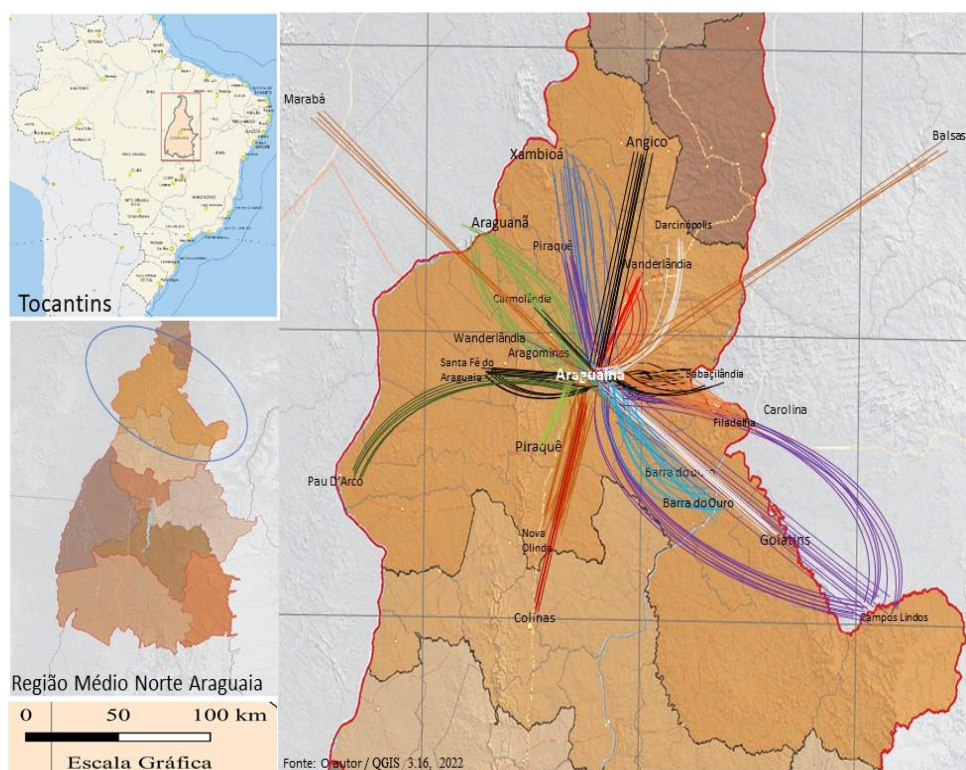
Conforme a Tabela 6, a soma dos atendimentos ofertados aos municípios da Região Médio Norte Araguaia, não considerando os números de Araguaína, é de 2020 atendimentos. Sendo este o número de migrantes que compareceram a esta cidade para terem acesso aos serviços de saúde existentes no âmbito municipal, nos anos 2019 e 2020. As cidades Muricilândia, Carmolândia, Nova Olinda, Filadelfia e Babaçulândia foram as que apresentaram mais atendimentos. Essas cidades são as mais próximas a Araguaína, levando ao entendimento que essa proximidade influencia à demanda, pelas facilidades de locomoção e retorno do paciente à origem no mesmo dia, que está exposto a menos fatores desafiadores com relação aos pacientes das demais cidades.

O levantamento dos atendimentos ofertados pelo Hospital Regional de Araguaína, sob gerência estadual, apresentou um expressivo contingente de pacientes oriundos das cidades da região. Este hospital é considerado de alta complexidade, ofertando atendimento de urgências, internações, acolhimento pelas especialidades e considerado um hospital de resolutividade. Porém, mesmo com a sua capacidade para o acolhimento de grande demanda, a procura pelos serviços é elevado, culminando na sobrecarga, visto que é procurado também por paciente de outros Estados.

Considerando o total geral de atendimentos para os anos 2019 e 2020, que foram 19.321, ao excluir os pacientes com origem de Araguaína, que foram 3.729, tem-se 15.592. Essa população não é originária apenas da Região Médio Norte Araguaia, considerando que foram destinados 1.701 atendimentos às demais localidades. Ao somarmos os atendimentos ofertados no âmbito estadual ao municipal, não contando com a cidade de Araguaína, pois desejamos verificar a imigração em busca de serviços de saúde, obtivemos o quantitativo de 17.612. Esse movimento populacional pode ser representado em mapa de fluxo populacional, que permite a visualização do movimento de indivíduos conforme sua origem, como apresenta o mapa 2.

MAPA 2

Fluxo Populacional na Região Médio Norte Araguaia, conforme a demanda de atendimentos nos serviços de saúde, 2019 - 2020



Fonte: O autor / QGIS 3,16 / 2022

Tabela 7 - Levantamento do quantitativo de atendimentos realizados pelo Hospital Regional de Araguaína, com relação à origem do paciente, referente aos anos 2019-2020.

Origem	Demanda		Total
	Feminino	Masculino	
Aragoimas	122	96	218
Araguaína	1496	2233	3729
Araguanã	301	344	494
Babaçulândia	158	193	351
Barra do Ouro	17	58	75
Campos Lindos	49	63	112
Carmolândia	183	152	335
Darcinópolis	55	78	133
Filadélfia	145	210	355
Goiatins	41	69	110
Muricilândia	173	122	295
Nova Olinda	181	251	432
Pau D'Arco	17	79	96
Piraquê	68	94	162
Santa Fé do Araguaia	58	74	132
Wanderlândia	163	340	503
Xambioá	156	196	352

Demais localidades	785	916	1701
Total	4168	5568	9585
Total geral	19.321		

Fonte: Sesau 2021, levantamento pelo autor.

Vale também destacar as três especialidades, sob gerência da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Tocantins, situados em Araguaína, que mais ofertaram o atendimento à população, como uma amostra de referência da demanda atendida, pois elas fomentaram o processo de imigração na cidade. Sendo elas: ortopedia com o 2.248 atendimentos, Clínica Médica com 1.897 atendimentos e Atendimento às urgências, 984. Essas três especialidades, juntas, ofertaram 5.129 atendimentos.

Tabela 8 - Levantamento do quantitativo de atendimentos realizados pelas especialidades Ortopedia, Clínica Médica e Urgência do Hospital Regional de Araguaína, com relação à origem do paciente, referente aos anos 2019-2020.

ORIGEM	ORTOPEDIA	CLÍNICA MÉDICA	URGÊNCIA
Aragominas	114	21	14
Araguaína	812	140	315
Araguanã	123	152	31
Babaçulândia	51	27	11
Barra do Ouro	37	14	5
Campos Lindos	28	37	9
Carmolândia	51	41	8
Darcinópolis	31	42	10
Filadélfia	102	57	25
Goiatins	11	18	3
Muricilândia	81	78	17
Nova Olinda	78	202	48
Pau D'Arco	53	41	5
Piraquê	33	69	25
Santa Fé do Araguaia	51	52	16
Wanderlândia	103	281	49
Xambioá	33	15	13
Demais localidades	456	610	380
TOTAL	2.248	1897	984

Fonte: Sesau 2021, levantamento pelo autor.

Considerando ainda a Tabela 8, a expressiva demanda de atendimentos dessas cidades, justificaria o deslocamento do profissional especialista para a oferta do atendimento na

origem do paciente, mesmo sabendo que este número de atendimento é referente a 24 meses, e que sua demanda não segue uma solicitação em iguais quantidades para cada mês, porém, seria uma forma de promover a acessibilidade com menos desafios para as populações, levando em consideração que é mais oneroso a contratação exclusiva desses especialistas pelos pequenos municípios.

A ausência da oferta de atendimentos à especialidade ortopedia nas cidades Aragominas, Araguanã, Filadelfia e Wanderlândia condicionou a busca por esse serviço em Araguaína. Como apresentado na Tabela 4, a cidade de Xambioá apresenta hospital público que, mesmo com a presença de poucos leitos para internações, permite o acolhimento da demanda de seu território, atendendo às pequenas urgências, fato que influenciou ao baixo número de procura às especialidades urgência, clínica médica e atendimento gerais no Hospital Regional de Araguaína, Tabelas 6 e 8. Conduzindo à compreensão que a presença de serviços de saúde na origem do paciente influencia no seu deslocamento.

3.5 As judicializações na Região da Saúde Médio Norte Araguaia

As manifestações dos pacientes impedidos de acessarem os serviços de saúde na cidade de Araguaína, pelos variados motivos, entre eles, suas origens de outras cidades, representa um empoderamento dos seus direitos, porém, aponta, também, o desvirtuamento do Sistema Único de Saúde e de sua diretriz Universalidade, que prega o acesso universal aos serviços de saúde para população, sem distinção de classe social ou origem do paciente. Por conseguinte, a diretriz Equidade, busca promover o acesso àqueles que têm maior dificuldade, balanceando os desafios que dificultam a acessibilidade da população mais vulnerável. Portanto, não seria necessário que a população ingressasse processos ao Ministério Público para a garantia do direito de acesso integral aos serviços de saúde ofertados pelo SUS, como cita a publicação jornalística da redação do portal de notícias eletrônicas, Conexão Tocantins, que descreve a saga de uma família diante da dificuldade para o acesso à UTI de uma idosa acometida por acidente vascular cerebral, que, em virtude da grande demanda existente na época da pandemia Covid 19, lhe foi negado.

IMAGEM 1**Ação judicial para o acesso à UTI**

MEIO JURÍDICO 15/11/2021 13h00 Redação

Ministério Público aciona Justiça para garantir leito de UTI à paciente idosa



O Ministério Público do Tocantins ajuizou Ação Civil Pública **Foto:** Divulgação MP/TO

Fonte: Conexão Tocantins, disponível em: [Ministério Público aciona Justiça para garantir leito de UTI à paciente idosa - Conexão Tocantins- Portal de Notícias \(conexaoto.com.br\)](https://conexaoto.com.br) Acesso: 15/12/2021

Conforme dados levantados no Ministério Público do Tocantins, com respeito à busca da população, para a garantia de seus direitos, referentes aos anos 2019 e 2020, verificou-se que muitos processos foram recebidos para essa finalidade com origens das variadas cidades da Região Médio Norte Araguaia.

Cientes que a cidade de Araguaína atua como um ponto luminoso na região, ora impulsionado pela ausência bens e serviços nas demais cidades, beneficiando-se desse sistema, de fluidez do capital em sua direção, fortalecendo-a à medida que as demais cidades

dos arredores atuam como comensais desse processo, ora obrigatório, cujo arranjo forma um espaço rugoso com a presença marcante do contraste de desenvolvimento, que se reflete na alienação das liberdades substantivas individuais para o acesso aos serviços de saúde, seguindo a racionalidade do capital, na justificativa da viabilidade econômica, notou-se que esse processo de marginalização da população, vulnerabilizada pelos desafios socioespaciais, é uma realidade na Região Médio Norte Araguaia.

A fluidez da população pelo território, na mesma direção da distribuição do destino do capital, seguiu um ciclo vicioso, que impulsionou a migração para a cidade de Araguaína, que historicamente, levou à concentração dos serviços de saúde nesta cidade, principalmente quando a alocação de recursos acontecia pelo número de cartão do SUS, inscritos em cada cidade. Considerando que a população das demais cidades, buscando acessar o serviço de saúde mais eficaz, decidiram manter seus cartões do SUS como origem em Araguaína, promovendo a maior alocação de recursos do Ministério da Saúde para esse local, que tinha o número de moradores inferiores ao número de cartão SUS em 2019. Este fato levou à intensificação da averiguação quanto à origem da população, como critério para serem criados novos cartões.

Essa iniciativa, implementada em Araguaína pelo diário ofício em outubro de 2019, buscou “corrigir” o fluxo de migração da população, fechando as portas da atenção básica da saúde de Araguaína à população de outras cidades, visto que cada cidade precisa ter, no mínimo, a oferta de serviços de atenção primária à saúde. Porém, não dando o tempo necessário para a assimilação das comunidades às novas prerrogativas, nem às pequenas cidades de se ajustarem.

Essas mudanças, sob apoio do jurídico e do Ministério da Saúde, ignorou a territorialidade local, com seus dinamismo e fluidez espontâneos, buscando ajustar o território às políticas públicas que não se adequaram às particularidades do local, o espaço banal, onde acontece a vida e a rotina da comunidade, ignorando as liberdades substantivas da mesma.

Essa alienação de direito, pode ser analisada pelo número de pessoas de outras cidades que requereram, junto ao Ministério Público, o direito para o acesso aos serviços de saúde ofertados em Araguaína. Sendo o total de 85 processos, Tabela 9.

Tabela 9 - Casos judicializados ao Ministério Público do Tocantins requerendo o acesso ao serviço de saúde ofertado em Araguaína nos anos 2019 e 2020.

ORIGEM	QUANTIDADE
Babaçulândia	13

Araguanã	6
Xabioá	6
Campos Lindos	5
Filadelfia	6
Carmolândia	15
Wanderlândia	7
Aragominas	4
Imperatriz	2
Marabá	3
Tocantinópolis	4
Balsas	3
Colinas	5
Guaraí	4
Conceição do Araguaia	2
Total:	85

Fonte: Ministério Público (2021). Dados levantados pelo autor

Como se pode notar, além dos municípios de Região Médio Norte Araguaia, outras cidades que não pertencem a essa região de saúde e de outros estados, como Imperatriz, Balsas e Marabá, aparecem nesta lista, evidenciando a representatividade e influência que a cidade de Araguaína exerce na região, sendo uma cidade de médio porte.

Com relação às principais solicitações de acesso levantadas, verificou-se que três se destacaram, sendo elas: Transferência de UTI privada para pública; aquisição de insumos para a realização de procedimento no lar, como curativos, aquisição de aparelho de glicemia, aquisição de medicação de alto custo, aquisição de oxigênio, aquisição de alimentação especial; e custeio de procedimentos na rede privada, Tabela 10.

Tabela 10 - Principais casos de judicialização para o acesso aos serviços de saúde em Araguaína, com origem de outras cidades, referentes aos anos 2019 e 2020.

MOTIVO	QUANTIDADE
Atendimento saúde mental	6
Transferência de UTI privada para pública	21
Custeio de medicação de alto custo	11
Custeio de internação em clínica psiquiátrica privada	5
Acesso à cirurgia de histerectomia	3
Acesso à cirurgia de laqueadura de trompas uterinas	7
Custeio de cirurgia pediátrica de alta complexidade	1
Acesso imediato à UTI	3
Mastectomia de resignação sexual	1
Aquisição de prótese ortopédica	2

Aquisição de insumos para procedimentos em saúde no lar	9
Liberação de oxigênio	7

Fonte: Ministério Público (2021). Dados levantados pelo autor

Com relação à transferência da UTI privada para a pública, dado que chamou a atenção pelo elevado número, está relacionado às solicitações das famílias dos pacientes que os teriam internado de imediato em UTI privada, mas devido aos altos custos das diárias, não tinham mais recursos para mantê-los, recorrendo à justiça para a rápida transferência para a pública, que acontecia quando surgia vaga. Há também casos que as famílias solicitaram, pelas mesmas vias de direito, que o Estado ou o município assumisse o custeio pelas diárias, porém, sem sucesso.

Nota-se que, permeado pelo drama do acesso ineficaz, existe, na Região da Saúde Médio Norte Araguaia, uma busca da justificativa racionalizada de negociação de vidas humanas em detrimento do capital, conduzidas por políticas públicas, ora limitadas, que também excluem e vulnerabilizam, através da comercialização da saúde.

De acordo com os dados levantados para este estudo, nota-se que existe uma relação entre as variáveis referentes à presença dos serviços de saúde nas cidades da Região Médio Norte Araguaia com o número de casos judicializados para o acesso aos serviços de saúde na cidade de Araguaína, principalmente quando se trata de UTI. Deve-se considerar também que as barreiras burocráticas impostas pelas regras de acesso de tais serviços apenas na origem dos pacientes induzem os mesmos a ingressarem com demandas ao Ministério Público.

A exemplo, os números de casos judicializados referentes às cidades de Babaçulândia e Carmolândia, 13 e 15, respectivamente, que se destacaram em relação às demais 15 cidades, Tabela 9. Este mesmo levantamento de dados, que se limitou aos anos 2019 e 2020, com relação a essas variáveis, observou que, nessas cidades em destaque, a presença do profissional médico era insuficiente ou inexistente, também a ausência de clínicas e hospitais, Tabela 4. Esses fatores se correlacionam como provável causa que impulsionou a busca pelos serviços ofertados em Araguaína, expressos na distribuição dos atendimentos das especialidades aos municípios da Região Médio Norte Araguaia em Araguaína, com referência aos dados da Regulação Municipal, Tabela 06, onde essas mesmas cidades se destacaram novamente com um elevado número de pacientes que vão até a cidade de Araguaína para receberem o atendimento nas especialidades descritas na Tabela 5.

Mesmo considerando que essas especialidades existem em Araguaína com a pactuação com as demais cidades da mesma região de saúde, representa um fator que vulnerabiliza o

acesso da população que necessita de deslocar por longas distâncias. Não obstante dos números expressos referentes ao levantamento do quantitativo de atendimentos realizados pelas especialidades Ortopedia, Clínica Médica e Urgência do Hospital Regional de Araguaína, com relação à origem do paciente, que são significativos em quantidade em relação à população e à inexistência dessas especialidades nas demais cidades, visto que, poucas apresentam instituições de saúde onde possam ser ofertadas, Tabela 8.

Ainda sobre os casos individuais de judicialização ao Ministério Público do Tocantins em busca de acesso aos serviços de saúde na rede pública, o levantamento de dados constatou que um relevante número foi negado, o principal motivo foi a origem do paciente ser de outro Estado, com relação ao acesso nas vagas de UTI do Hospital Regional de Araguaína ou o custeio das diárias da UTI privada pelo Estado do Tocantins, cabendo à origem do paciente providenciar sua transferência para suas dependências, custeando os trâmites. Casos semelhantes nessas modalidades foram observadas com origem nas cidades de Marabá – PA e Balsas – MA, 08 e 05, respectivamente. A justificativa do Estado do Tocantins, que recorreu para não assumir os custos com a oferta desses serviços de saúde baseou-se na transferência de recursos do Ministério da Saúde que se destina à origem do paciente e não ao prestador, sendo-lhe impostos prejuízos. A porcentagem do indeferimento foi de 100 % para os paciente oriundo de outros Estados.

Com relação aos casos judicializados que foram deferidos para a solicitação de vaga em UTI, a principal relação entre os mesmos é que a origem de todos é o Estado do Tocantins e, em relação à solicitação de insumos deferidos ao município de Araguaína, todos são moradores desta cidade, sendo indeferido aos pacientes de origem de outras cidades, mesmo pertencentes à mesmo regional de saúde. A justificativa é que os serviços pactuados entre os municípios são apenas os atendimentos às especialidades médicas no Ambulatório Municipal e internações no Hospital Infantil de Araguaína.

Esses dados representam a ação negativa que as barreiras burocráticas impactam no estado de bem estar social, no desvirtuamento dos princípios de Equidade, Integralidade e Universalidade do SUS e na alienação dos direitos sociais, impondo condições de vulnerabilidades aos indivíduos e às comunidades afastadas que recorrem aos centros mais desenvolvidos em busca de sobrevivência.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A concepção do Sistema Único de Saúde – SUS, como uma forma de promover a acessibilidade aos serviços de saúde, é uma conquista social e, mesmo com sua criação há 33 anos, ainda enfrenta desafios para manter a efetividade dos princípios doutrinários: universalidade, integralidade, equidade; e das diretrizes: descentralização e regionalização.

A participação dos Estados e municípios na gestão do SUS foi viabilizada pelo processo de descentralização, dessa forma, essas entidades governamentais diagnosticam as maiores demandas para justificarem a alocação de recursos. Por conseguinte, tem-se a participação popular, com a formação de colegiados a cada quatro anos, com a finalidade de promover a transparência e participação das comunidades na gestão do SUS.

A Regionalização se direciona à cooperação entre os municípios para formarem regiões de saúde que viabilizem a aquisição de serviços de saúde para o acesso da população adscrita ao território. Dessa forma, promove a implantação de serviços de saúde, das variadas complexidades, dentro do território. O que seria inviável a um município cuja população é pequena e que não tenha recursos para a manutenção desses serviços.

Contudo, considerando que o Brasil é um país em desenvolvimento, com contrastes marcantes em seus territórios, existem aqueles com maiores dificuldades para a promoção da acessibilidade aos serviços de saúde. O espaço, o território, as comunidades, as entidades governamentais, as políticas públicas, etc, interagem formando fluxos que, ora burocratizados, interferem na qualidade de vida das populações. Essas relações, quando não sintonizadas com as necessidades substantivas de cada indivíduo, são aqui compreendidas como desafios socioespaciais.

A Região da Saúde Médio Norte Araguaia é uma das 08 regiões de saúde do Tocantins e formada por 17 municípios, sendo seu polo na cidade de Araguaína. O território de sua abrangência é extenso, o que torna algumas cidades distantes à referência, chegando a 297 km a maior distância, a cidade de Pau D'arco, o que já é um desafio, visto que compreende a distância a ser percorrida pela população dessa cidade.

A distribuição dos serviços de saúde é outro fator que desafia o processo de regionalização nesta região de saúde, visto que estão concentrados em Araguaína, desconsiderando as distâncias e as possibilidades da implantação desses serviços o mais

próximo de cada comunidade, ora impulsionado pela viabilização econômica com a justificativa de que seja mais fácil mantê-los onde estão, na cidade polo.

A política da regionalização viabiliza a aquisição dos serviços de saúde através da cooperação entre os municípios, mas não dita que esses serviços sejam implantados apenas na cidade polo, sendo ela a única referência. Porém, na Região Médio Norte Araguaia, a cidade de Araguaína concentra esses serviços de saúde que, somados à sua condição como cidade de médio porte, concentrando bens e serviços, atua como ponto luminoso, com maior desenvolvimento, cujos habitantes têm maior acessibilidade e, dessa forma, atrativa para a imigração proveniente das demais cidades.

O Índice de Desenvolvimento Região - IDR, considera as variáveis: a educação, os serviços de saúde, a demografia, a renda, o PIB, o IDH, a coleta de impostos pelo municípios, como o IPVA e ICMS, classificou a cidade de Araguaína como o único polo desenvolvido e as demais cidades como retardatárias, onde há menor concentração de renda, bens de consumo e serviços à população, sendo um ponto opaco.

Os aspectos demográficos, os indicadores sociais, os aspectos econômicos, a distribuição dos serviços de saúde, as distâncias entre os municípios e o Índice de Desenvolvimento Regional nos municípios foram variáveis socioespaciais verificadas como desafiadores à Regionalização na Região de Saúde Médio Norte Araguaia e importantes a serem considerados para o delineamento de políticas públicas a essa região, considerando que as atuais políticas públicas implementadas nesta localidade, são adotadas de outras localidades com realidades diferentes, culminando na alienação do direitos, das liberdades substantivas e da territorialidade. Condições evidenciadas pelas restrições de acesso aos serviços de saúde à população de outros territórios, que, somadas às dificuldades para o acesso, vulnerabilizam a população.

O levantamento de dados deste estudo permite compreender que, no presente momento, o fluxo populacional para a cidade de Araguaína das populações das demais comunidades em busca por atendimento nos serviços de saúde está associado à distribuição desigual dos mesmos no território da Região da Saúde Médio Norte Araguaia e que a equidade no acesso e a diminuição do fluxo populacional podem ser alcançados com a diminuição da assimetria socioespacial intrarregional. Para tanto, propõe-se uma revisão das diretrizes que norteiam a distribuição espacial dos mesmos afim de superar os desafios operacionais que implicam na limitação do acesso focando no estabelecimento da distância mínima para a existência de determinados serviços de saúde, afim de superar a assimetria distributiva existente.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi. **Território usado e saúde: Respostas do Sistema Único de Saúde à situação geográfica de metropolização em Capinas – SP**, Programa de Pós – graduação em Geografia Humana, Departamento de Geografia, USP, São Paulo, 2006.

ARAGUAÍNA. **Diário Oficial do Município de Araguaína**, N° 1.915, portaria N° 089/2019, 10 de outubro de 2019. Disponível em:
<http://diariooficial.araguaina.to.gov.br/Arquivo/DiarioOficial/pdf/1915.pdf> .

AMARAL FILHO, J. **Federalismo e Recentralização fiscal-financeira no Brasil**. In Anais do 41ª Jornadas Internacionales de Finanzas Públicas, Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Nacional de Córdoba, República Argentina. setembro de 2008. pp. 1-25.

ANDRADE, L.O.M. BARRETO, I.C.H.C. **SUS Passo a Passo: História, regulamentação, financiamento e políticas nacionais**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 373 de 28 de fevereiro de 2002. **Norma Operacional da Assistência a Saúde NOAS – SUS 02/2002**. (Online) Brasília, 2002. (citado 2002 Mar 28).
 Disponível em:<<http://www.saude.gov.br/sus/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-373.htm>>.

_____. **Diário Oficial da União**, portaria n° 2.979, de 12 de novembro de 2019. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/financiamento/portarias/prt_2979_12_11_2019.pdf .

_____. **Diário Oficial da União**, portaria n° 2.979, de 12 de novembro de 2019. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/financiamento/portarias/prt_2979_12_11_2019.pdf .

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso**. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/02(PORTARIA MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002, e regulamentação complementar). 2.ª edição revista e atualizada. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à Saúde. **Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso**: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS – SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de

janeiro de 2001 e regulamentação complementar/ Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: ministério da saúde, 2001.

_____. **Conselho Nacional de Secretário de Saúde. Sistema Único de Saúde.** Brasília: CONASS, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso.** Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/02(PORTARIA MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002, e regulamentação complementar). 2.ª edição revista e atualizada. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2002.

BARRENECHEA JJ, Trujillo Uribe E. Salud para todos em el año 2000. **Implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud.** Medellin: Editorial Universidad de Antioquia; 1987.

BOUSQUAT, Aylene. **“Conceito de espaço na análise de políticas de saúde”.** Lua Nova, nº52. São Paulo: CEDEC, 2001.PP. 71-92.

BRITO, SPB, et al. **Pandemia da COVID-19: o maior desafio do século XXI.** Revisão narrativa da pandemia da COVID-19. Vigil. sanit. debate 2020.

CAMPOS, C.E.A. **O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família.** Ciênc. Saúde coletiva v.8 n.2, Rio de Janeiro, 2003.

CASTILLO, Ricardo. Agricultura Globalizada e Logística nos Cerrados Brasileiros. In: SILVEIRA, Márcio Rogério (Org). **Circulação, Transportes e Logística: diferentes perspectivas.** São Paulo: Editora Outras Expressões, 2011. p. 331-354.

CONASEMS, Conselho Nacional De Secretarias Municipais De Saúde, Regionalização da saúde posicionamentos e orientações. Brasília 2019.

DOURADO. D. A.; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. In Revista de Saúde Pública, v. 45, n. 1. 2011. Pp. 204-211.Nova:**Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales.** Universidad de Barcelona. Vol. X, nº218 (03), 2006.

ELIAS, Denise. Globalização e Fragmentação do Espaço Agrícola no Brasil. Scripta

FERNANDES, F. **Sociedade de classes e subdesenvolvimento.** 3.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

FORTES, P. A. C. **Refletindo sobre valores éticos da saúde global.** Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 24, p. 152-161, 2015.

- FOUCAULT, M. **História da Sexualidade: a vontade de saber**. São Paulo: Paz e Terra, 2015
- FURTADO, Celso. **Introdução ao Desenvolvimento: enfoque histórico-estrutural**. São Paulo: Paz e Terra, 3ª ed., 2000.
- FURTADO, Celso. **Formação Econômica do Brasil**. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1959.
- FURTADO, C. **Dialética do Desenvolvimento**. Rio de Janeiro, Ed. Fundo de Cultura, 1964. 2ª Ed.
- GADELHA, CAG E COSTA, LS. Saúde e desenvolvimento Nacional: a gestão federal entre 2003 e 2010. In: MACHADO, CV; BAPTISTA, TWF E LIMA, LD (Org). **Política de saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.
- GADELHA, CAG et al. **A dinâmica do sistema produtivo da saúde: inovação e complexo econômico-industrial**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012; 221p.
- GADELHA, CAG, et al. **Estudo da Dimensão Territorial do PPA**. Estudos prospectivos setoriais e temáticos. Módulo 4, tema: Saúde. Nota técnica final. Centro de Gestão de Estudos Estratégicos. Rio de Janeiro: março, 2007
- GARRAFA, V.; OSELKA, G.; DINIZ, D. **Saúde pública, bioética e equidade**. *Revista de Bioética*, Brasília, v. 5, n. 1, p. 1-6, 2009. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/361/462>. Acesso em: 4 jun. 2014.
- GARNELO, Luiza e Sousa, Amanda. **Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios**. *Ciênc. saúde coletiva* vol.22 no.4 Rio de Janeiro abr. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.27082016>
- GRAZIANO NETO, Francisco. **Questão Agrária e Ecologia: crítica da moderna agricultura**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1982.
- GUIMARÃES, R. B. Regiões de saúde e escalas geográficas. In *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4. jul-ago, 2005. pp. 1017-1025.
- HEGEL, G.F. **Princípios da Filosofia do Direito**. São Paulo: Martins Fontes, 1997.
- HOGAN, Daniel e MARANDOLA JR., Eduardo. Para uma Concepção Interdisciplinar da Vulnerabilidade. In: CUNHA, José Marcos (Org.). **Novas Metrôpoles Brasileiras**. Campinas: Núcleo de Estudos de População - NEPO/Unicamp, 2006. p. 23-50.
- IANNI, A. M. Z. et al. Metrôpole e região: dilemas da pactuação da saúde. O caso da região metropolitana da Baixada Santista, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 5, p.925-934, 2012.
- IBGE – **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. **Projeção da População do Brasil/2015**.

- IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Agropecuário 2009**. Disponível em <www.ibge.gov.br>. Último acesso em 03 out. de 2020.
- IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Agropecuário 2019**. Disponível em <www.ibge.gov.br>. Último acesso em 03 out. de 2020.
- JANSEN, Clifford J. (1969), “**Some sociological aspects of migration**”, in J.A. Jackson (Ed.), Migration, Cambridge, Cambridge University Press, pp. 60-73
- KAZTMAN, Ruben (Coord.). **Activos y Estructura de Oportunidades. Estudios sobre las raices de la vulnerabilidade social en el Uruguay**. Montevideo: Oficina del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (Pnud); Oficina de la CEPAL en Montivideo, LC/MVD/R, 1999.
- KOWARICK, Lúcio. **Viver em risco**. Novos estudos CEBRAP, São Paulo, n. 63, p. 9-30, jul. 2002.
- KOLM, S. C. **Teorias modernas da justiça**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- LAVINAS, Lena. Pobreza e exclusão. **Econômica**, v. 4, nº 1, p. 25-59, junho 2002, impressa em outubro 2003.
- LEFEBVRE, H. **O Direito a Cidade**. 5ª ed. 3ª reimpressão. São Paulo: Centauro, 2011. (Industrialização e Urbanização; e A Filosofia e a Cidade, p. 11 a 33.
- MARTINELLI, Alberto e Neil J. SMELSER (1990), "**Economic sociology: historical trends and analytic issues**", in A. Martinelli e N.J. Smelser (Ed.), Economy and Society: Overviews in Economic Sociology, Londres, Sage, pp. 1-49
- MORAES, A. C. R. **Território e história no Brasil**. 2.ed. São Paulo: Annablume,2005.
- MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde; mudanças, continuidades e a agenda atual**. História, Ciência, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.77-92.
- MBEMBE, A. **Necropolítica**. Madrid: Melusina, 2011.
- NUNES, André. **As teorias de justiça e a equidade no Sistema Único de Saúde no Brasil**, planejamento e políticas públicas | ppp | n. 37 | jul./dez. 2011.
- OLIVEIRA, E. **Redes e regionalização da Saúde**. IBGE. Ceará, 2005.
- OLIVEIRA, Rosy de. **O movimento separatista do Tocantins e a CONORTE (1981-1988)**.Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Campinas, SP, 1998.
- PESTANA, M.; MENDES, E. V. **Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa**. CEP, v. 30130, p. 007, 2004

PIOLA, S. F. *Saúde no Brasil: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: CEPAL, 2009. Texto para Discussão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA).

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani César. **Metodologia do Trabalho Científico**. 2ª edição. Novo Hamburgo – RS. Universidade FEEVALE, 2013.

RAWLS, J. **Uma teoria da justiça**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

ROBAYO JC. **Situaciones de cobertura, niveles de atención y atención primaria**. Bol Of Sanit Panam. 1977;82:478-90.

SANTOS, Milton. **Pobreza Urbana**. Recife; São Paulo: Hucitec/UFPE/CNPU, 1978.

SANTOS, Milton. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. São Paulo: Edusp, 1996.

SANTOS, Milton. **Metrópole cooperativa e fragmentada: o caso de São Paulo**. São Paulo: Nobel, 1990.

SANTOS, Milton. **Por uma Outra Globalização: do pensamento único à consciência universal**. 15º ed. Rio de Janeiro: Record, 2008.

SANTOS, Milton. **Por uma Geografia Nova**. São Paulo: Hucitec, 1978 (EDUSP, 2002).

SANTOS, Milton. **Por uma Economia Política da Cidade**. São Paulo: Hucitec/Ed. PUC-SP, 1994.

SANTOS, M. **O Retorno do Território**. In: SANTOS, M. et al. (org.). *Território: globalização e fragmentação*. São Paulo, SP: Hucitec, 1994, p. 15-20.

SANTOS, Milton. **Por uma globalização: do pensamento único à consciência universal**. Rio de Janeiro/ São Paulo: Record, 2000a. (3ª ed.).

SANTOS, Milton. **“ Por uma nova federação”**. O Correio Brasiliense. Brasília. 16/07/2000b.

SANTOS, Milton e SILVEIRA, Maria Laura. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI**. Rio de Janeiro e São Paulo: Record, 2001.

SANTOS, Milton. **A Urbanização Brasileira**. São Paulo: Hucitec, 1993. (5ª ed.: Edusp: 2005).

SILVEIRA, M.L. (org). *Território: globalização e fragmentação*. São Paulo: Hucitec, 1994. (2ª ed.: 1996).

SILVA, José Graziano da. **A Modernização Dolorosa: Estrutura agrária, fronteira agrícola e trabalhadores rurais no Brasil**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.

SEN, Amartya **Desenvolvimento como Liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SESAU, **Plano Estadual de Saúde** – Tocantins – 2016-2019. Palmas 2019.

SESAU, **Regionalização da Saúde Tocantins - História e Mapas**. Acesso em 09 de Junho de 2020. Disponível no endereço eletrônico: saude.to.gov.br

SESAU, **Plano Estadual de Saúde** – Tocantins . Palmas 2021

SEN, Amartya **Desenvolvimento como Liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SEN, Amartya Kumar. **Desigualdade reexaminada** / Amartya Sen; tradução e apresentação de Ricardo Doninelli Mendes – Rio de Janeiro: Record, 2001.

SESAU, **Regionalização da Saúde Tocantins - História e Mapas**. Acesso em 09 de Junho de 2020. Disponível no endereço eletrônico: saude.to.gov.br

SESAU, **Plano Estadual de Saúde** – Tocantins – 2016-2019. Palmas 2019.

SESAU, **Plano Estadual de Saúde** – Tocantins – 2004 – 2007. Palmas 2004.

SESAU, **Regionalização Solidária e Cooperativa**, Comissões Intergestores Regional do Tocantins: uma construção histórica. Palmas 2013.

SEMUS, **Plano Municipal de Saúde de Araguaína-TO 2018 a 2021**, Secretária Municipal De Saúde, Araguaína 2019.

SILVEIRA, Maria Laura. “ **Uma Situação Geográfica: do método à metodologia**”. Revista

SOMERS, A.R. & Somers, H.M, 1977. **Certificate of need regulation, the case of New Jersey in Regionalization and Health Policy**. U.S.Department of Commerce. N.T.I.S., nº HRP-0024039.

SILVEIRA, M.L. (org). **Território: globalização e fragmentação**. São Paulo: Hucitec, 1994. (2ª ed.: 1996).

SCHUMPETER, J A. **Teoria do Desenvolvimento Econômico (1912)**. São Paulo: Ed. Abril, 1982

TERRITÓRIO, Revista do Laboratório de Gestão do Território – UFRJ. Rio de Janeiro. Ano IV, nº 6, jan./jun.1999.

THEIS, Ivo Marcos. **Desenvolvimento Desigual e Planejamento Regional no Brasil**. Revista Paranaense de Desenvolvimento-RPD. Paraná, Vol.37, n. 131, pp.79-97, 2016. Disponível: <http://www.ipardes.pr.gov.br/ojs/index.php/revistaparanaense/article/view/810>

TEIXEIRA CF. **Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS**. Cad Saúde Pública. 2002; 18 supl:153-162.

TOCANTINS, Secretaria do Planejamento e Orçamento (SEPLAN), seplan.to.gov.br, 2017.

VIANA ALA, Lima LD, organizadores. **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa;2011.

VIANA, AL & ELIAS, PE. Saúde e desenvolvimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, Suplemento, p. 1765-1776, 2007.

VIANA AL, SILVA HP, ELIAS PEM. **Economia política da saúde**: introduzindo o debate. *Divulgação em Saúde para Debate*, 37:7-20, 2007.

VIGNOLLI, Jorge. Vulnerabilidade Sociodemográfica: Antigos e novos riscos para a América. In: CUNHA, José Marcos (Org.). **Novas Metrôpoles Brasileiras**. Campinas: Núcleo de Estudos de População - NEPO/Unicamp, 2006. p. 95-144.